

**Universidade de Brasília
Mestrado profissional em Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Efetividade de incentivos para aprimorar a adesão ao tratamento e os desfechos relacionados à saúde na população em situação de rua: *overview* de revisões sistemática

Ana Carolina Esteves da Silva Pereira

Brasília/DF
Março de 2017

Ana Carolina Esteves da Silva Pereira

Efetividade de incentivos para aprimorar a adesão ao tratamento e os desfechos relacionados à saúde na população em situação de rua: *overview* de revisões sistemática

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Everton Nunes da Silva

Co-orientadora: Dra. Flávia Tavares Silva Elias

Brasília/DF
2017

FICHA CARTALOGRÁFICA

Pereira, Ana Carolina Esteves da Silva.

Efetividade de incentivos para aprimorar a adesão ao tratamento e os desfechos relacionados à saúde na população em situação de rua: *overview* de revisões sistemática/ Ana Carolina E. S. P.; Orientador: Dr. Everton N.S.; Co-orientadora: Dra. Flávia T. S. E. -- Brasília, 2017.

73 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. População em Situação de Rua 2. Tratamento 3. Incentivos 4. Avaliação de tecnologias em saúde
I. Silva, Everton Nunes, orient. II. Elias, Flávia Tavares Silva, co-orient. III. Título.

Registro:

Ano: 2017.

Universidade de Brasília
Mestrado profissional em Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Efetividade de incentivos para aprimorar a adesão ao tratamento e os desfechos relacionados à saúde na população em situação de rua: *overview* de revisões sistemática

ANA CAROLINA ESTEVES DA SILVA PEREIRA

Data da defesa
31/03/2017

Composição da Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes de Silva (Presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez (Membro)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Erika Barbosa Camargo (Membro)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo (Suplente)

Universidade de Brasília

Brasília/DF
2017

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha base e sustento, minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por sempre me guiar pelos melhores caminhos e por todas as bênçãos concedidas na minha vida, inclusive esta.

À minha mãe, meu pai e meu irmão Matheus por toda a motivação, preocupação e, principalmente, pela compreensão das minhas ausências nos dias de correria. Um agradecimento mais que especial para os meus avós, que apesar de não estarem tão presente como antes, levo-os no coração e serei eternamente grata por toda a ajuda, compreensão, torcida e vibrações positivas.

A todos os membros da equipe PEPTS, por desde o início me incentivarem e me apoiarem. Em especial a Flávia, Daniella e Erica por me ajudarem e compartilharem seus conhecimentos, vivências e pela enorme contribuição no meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

Aos meus amigos que fizeram com as dificuldades se tornassem mais suaves e das alegrias momentos únicos. Em especial a todos que acompanharam com mais proximidade e que assim como eu estão felizes com a finalização de mais esse ciclo. Obrigada por estarem sempre nos momentos de dificuldade, novas descobertas, nos novos encantamentos que só a saúde coletiva continua me proporcionando.

Aos meus professores, pela generosidade, que só um professor poderia ter, de transmitir seu conhecimento e disseminar a vontade e o fervor de lutar juntos por uma saúde melhor e mais justa. A eles, também, por ter contribuído na minha formação e na construção profissional.

Meu muito obrigado ao meu orientador Professor Dr^o Everton Nunes da Silva, que mais uma vez me aceitou e partilhou comigo sua experiência e conhecimento. Obrigada também por toda a paciência, incentivo e confiança depositada em mim. À minha co-orientadora, Flávia Elias, por toda a oportunidade que vem me dando e por todo o apoio na elaboração deste trabalho.

À banca, composta pelo Professor Dr^o Mauro Sanchez, Professora Dr^a Erika Camargo, e Professor Dr^o Wildo Araujo, pela disponibilidade e futuras contribuições com o trabalho.

*Não somos lixo.
Não somos lixo e nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Nós somos anjos, não somos o mal.
Nós somos arcanjos no juízo final.
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
Não somos lixo.
Será que temos alegria? Às vezes sim...
Temos com certeza o pranto, a embriaguez,
A lucidez dos sonhos da filosofia.
Não somos profanos, somos humanos.
Somos filósofos que escrevem
Suas memórias nos universos diversos urbanos.
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.
Não somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.
Existem aqueles que se assustam.
Não somos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Depende de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.*

*Não somos lixo
Carlos Eduardo (Cadu),
Morador de rua em Salvador*

RESUMO

Introdução: A população de rua é um grupo de alta vulnerabilidade. São diversos os problemas que afetam a saúde desses indivíduos, representando um desafio para a implantação de políticas de saúde. Os incentivos materiais e imateriais vêm como uma forma de auxiliar na adesão ao tratamento e na melhoria dos desfechos em saúde. Objetivo: Identificar incentivos materiais ou imateriais para adesão ao tratamento e aprimoramento de desfechos relacionados à saúde da população em situação de rua. Método: Foi realizada uma *overview* de revisões sistemáticas. Foram feitas buscas em sete bases de dados, usando termos como *homeless, treatment, medication adherence, paciente compliance*. A seleção dos estudos foi realizada de forma independente a partir de critérios de inclusão e exclusão definidos previamente. A análise de qualidade das revisões sistemáticas incluídas foi medida a partir do instrumento AMSTAR. Resultados: Foram identificados 266 estudos e ao final foram incluídas dez revisões sistemáticas. Os incentivos identificados foram oferta de habitação ou alojamento temporário, oferta de ajuda monetária, cuidados voltados para a população de rua, praticas socioeducativas e criação de vínculo entre profissionais e pacientes. Conclusão: Os estudos apontaram uma associação positiva entre a oferta de incentivos materiais ou imateriais e a adesão ao tratamento e melhora dos desfechos em saúde, porém são necessárias mais pesquisas em países em desenvolvimento.

Palavras chaves: População em Situação de rua, incentivos, Overview de Revisão sistemática

ABSTRACT

Introduction: Homeless is a high vulnerability group, there are several problems that affect the health of these individuals representing a challenge for the implementation of health policies. Material and immaterial incentives come as a way to aid in adherence to treatments and improvement of health outcomes. Objective: To identify material or immaterial incentives for adherence to treatment and improvement of health-related outcomes. Method: Searches were done in seven databases, using terms homeless, treatment, medication adherence, patient compliance. The selection of studies was performed independently from previously defined inclusion and exclusion criteria. Results: A total of 266 studies were identified and ten systematic reviews were included at the end. The quality analysis was measured from the AMSTAR instrument. The incentives identified were provision of housing or temporary accommodation, provision of monetary incentives, care for the homeless, socio-educational practices and creation of links between professionals and patients. Conclusion: The studies pointed to a positive association between the offer of material or immaterial incentives and adherence to treatment and improvement of health outcomes, but more research is needed in developing countries.

Keywords: Homeless, Incentives, Overviews of Systematic Review

Lista de figuras

Figura 1 – Busca, seleção e inclusão de estudos para análise crítica	25
.....	

Lista tabelas e quadros

Quadro 1 - Pergunta estruturada para <i>Overview</i>	18
ARTIGO	
Quadro 1 – Características das revisões sistemáticas encontradas	27
Quadro 2 – Avaliação da Qualidade das revisões sistemáticas de acordo com o AMSTAR	31
Quadro 3 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua vivendo com transtorno mental/psiquiátrico	34
Quadro 4 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua com tuberculose	36
Quadro 5 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua vivendo com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas	39
Quadro 6 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua vivendo com HIV/Aids	42

Lista de abreviaturas e siglas

AMSTAR - Assessing the Metodological Quality of Systemathic Reviews

BPC - Benefício de prestação continuada

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

Centro POP - serviço de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRD – Center of Review Dissemination

eCR - Equipe de Consultório na Rua

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

PRISMA - *Preferred Reporting Items for systematic Reviews and Meta-Analyses*

PROSPERO – International prospective register of systematic reviews

PSR – População em Situação de rua

RS – Revisão sistemática

TCA – Tratamento Comunitário Assertivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. OBJETIVO GERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. MÉTODO.....	18
4. RESULTADOS	21

ARTIGO

1.Introdução.....	21
2.Método.....	22
3.Resultados.....	24
Caracterização dos estudos encontrados	25
Qualidade metodológica dos estudos	32
Análise por condição de saúde	32
<i>População em Situação de Rua com transtorno mental/psiquiátrico.....</i>	<i>32</i>
<i>População em Situação de Rua com tuberculose</i>	<i>36</i>
<i>População em Situação de Rua com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas</i>	<i>38</i>
<i>População em Situação de Rua vivendo com HIV/Aids</i>	<i>41</i>
4.Discussão	44
Limitações.....	46
5.Conclusão.....	47
5. CONCLUSÃO	48
6. REFERÊNCIAS	49
ANEXO A – PRISMA.....	55
ANEXO B - Registro plataforma PROSPERO.....	57
ANEXO C – Buscas estruturadas.....	60
ANEXO D - Instrumento AMSTAR - Assessing the Metodological Quality of Systemathic Reviews	64
ANEXO E – Comprovante de submissão no periódico Ciência e Saúde Coletiva	67
ANEXO F – Lista de estudos excluídos	68

1. INTRODUÇÃO

A População em situação de rua (PSR) caracteriza-se como um grupo heterogêneo, de distintas realidades e que tem em comum a condição de pobreza absoluta e a não inserção na sociedade formal(1). São diversos os motivos que levam as pessoas a morarem nas ruas, como rupturas familiares sucessivas, negligências sofridas na infância, desemprego, perda da auto-estima, transtornos mentais, drogadição, tragédias naturais e/ou pessoais(2-4).

Há registros desde a antiguidade de pessoas que usavam das ruas como espaço de habitação. Grande parte dessas pessoas eram andarilhos, viajantes, pessoas que foram banidas de seus países de origem, ou até mesmo indivíduos com transtornos mentais(3,5,6).

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) realizaram a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de rua (PNSPSR) que abrangeu 71 municípios, nos anos de 2007 e 2008, e foram identificadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, com 18 anos completos, ou mais(7).

Fatos históricos, como a Revolução Industrial e a colonização portuguesa no Brasil, foram cruciais para a acentuação das desigualdades e da intensa exclusão social(3,8). Esses fatos marcaram o início da modernização e o desenvolvimento em vários campos da ciência, trazendo à tona as práticas higienistas que atingiram, principalmente, os indivíduos mais pobres(9).

Essas práticas originaram-se pois se entendia que o motivo das doenças eram a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade(9), gerando, dessa forma, culpabilização e criminalização das pessoas menos favorecidas socialmente(4,10,11). Sendo assim, o morar nas ruas era considerado algo fora do que se era aceito como normal e algo que deveria ser combatido para garantir o melhor funcionamento da sociedade(11).

Com o passar do tempo, houve avanços e para essa população foram garantidos direitos sociais. Entretanto, ainda assim o quantitativo de pessoas

excluídas socialmente é crescente(1,12,13). Essa realidade compromete significativamente a saúde, acentua a vulnerabilidade e é fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças(14–17).

Dentre os principais problemas de saúde encontrados na população em situação de rua estão o abuso de álcool e/ou outras drogas, a tuberculose, transtornos mentais, doenças sexualmente transmissíveis, como hepatites, sífilis e o HIV/Aids, e doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes(18–20).

Somado a isso, essa população ainda enfrenta entraves como a dificuldade de acesso a serviços e cuidados de saúde e a políticas sociais; a falta de articulação entre as políticas sociais existentes; além do estigma e do preconceito que foi construído historicamente(8). Portanto, ao se pensar em implementação de políticas voltadas para a PSR deve-se levar em consideração a complexidade do sujeito, suas necessidades individuais e coletivas; entretanto, existem problemas de fragmentação e descoordenação a nível operacional(21).

Para Serafino e colaboradores, apesar de a intersetorialidade enfrentar diversas barreiras de implementação prática, ela é fundamental para o enfrentamento desses problemas como os enfrentados diariamente pela pessoa em situação de rua(21).

Em que pese a complexidade de manter uma lógica de políticas intersetoriais e as conexões necessárias para se garantir um cuidado adequado à PSR, os incentivos materiais ou imateriais mostram-se como uma das opções para aprimoramento dessa lacuna, apresentando-se como instrumentos que podem auxiliar na adesão ao tratamento e na melhoria das condições de saúde(21,22).

Os incentivos podem ser materiais ou imateriais. Ambos visam a recompensar e incentivar a mudança de comportamento por meio de oferta de recursos que podem ser desde apoio financeiro, oferta de habitação, alimentação ou até mesmo de forma não material, como a criação de vínculo com o paciente, atividades sócio educativas. Ambos os tipos de incentivos são significativos para a mudança de comportamento e para o alcance da melhoria dos desfechos em saúde da população em situação de rua(22,23).

Identificar formas de incentivar a pessoa em situação de rua a mudar os hábitos de comportamentos que são prejudiciais à sua saúde é fundamental. No entanto, a

efetividade dos incentivos materiais e imateriais para a população em situação de rua não estão bem delimitados na literatura. Deste modo, identifica-se a necessidade de buscar evidências que avaliem a efetividade destas intervenções para a população em questão(22,23).

Identificar a melhor evidência disponível em um mundo onde está cada vez mais rápida a divulgação de informações é um desafio(24). Tem-se percebido um aumento considerável de revisões sistemáticas (RS) publicadas na literatura e, em alguns casos, há evidências sobrepostas, que dificultando a apropriação da evidência por tomadores de decisão. Neste sentido, surgiu a necessidade de um novo tipo de estudo capaz de compilar, em um único documento, as evidências de múltiplas revisões sistemáticas, criando-se assim as *overviews* de revisões sistemáticas(24–26).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as estratégias para o aprimoramento da adesão ao tratamento de desfechos em saúde voltados para população em situação de rua.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os tipos de incentivos para o aprimoramento da adesão ao tratamento na população em situação de rua;
- Identificar quais desfechos relacionados à saúde são sensíveis aos incentivos materiais e imateriais na população em situação de rua;
- Sumarizar evidências científicas sobre a efetividade de incentivos materiais/imateriais na adesão ao tratamento e na melhora de desfechos em saúde da população em situação de rua, comparado ao tratamento usual (sem incentivo).

3. MÉTODO

Trata-se de uma *overview* de revisões sistemáticas sobre a efetividade de incentivos para a adesão ao tratamento da população em situação de rua, bem como no aprimoramento de desfechos em saúde, tais como qualidade de vida, redução de sintomas da doença e de hospitalizações.

Devido ao aumento de publicações de revisões sistemáticas que buscam responder a uma pergunta específica, surgem as *overviews* de revisões sistemáticas com o intuito de facilitar a apropriação das evidências pelos tomadores de decisão, compilando as informações, que muitas vezes estão sobrepostas(24–26).

Dessa maneira, por encontrar revisões sistemáticas com evidências sobrepostas, optou-se por esse desenho de estudo para uma melhor apropriação das evidências disponíveis. Visando à transparência dos processos desta *overview*, este estudo foi conduzido em conformidade com o PRISMA (*Preferred Reporting Items for systematic Reviews and Meta-Analyses*), composto por 27 itens e um diagrama de fluxo de seleção de artigos(27) (Anexo A). Esta *overview* está registrada na plataforma PROSPERO da Universidade de York sob o número CRD42016051190 (Anexo B).

A pergunta do estudo estruturou-se a partir do anacrônico PICOT, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 - Pergunta estruturada para *Overview*

População	População em Situação de Rua
Intervenção	Incentivos para adesão a tratamento de saúde e para o aprimoramento de resultados em saúde
Comparador	Prática usual, sem oferta de incentivos
<i>Outcomes</i>	Primário: Adesão da pessoa em situação de rua ao tratamento em que está envolvida. Secundários: recorrência e progressão da doença, a recuperação do paciente e comorbidades
Tipo de estudo	Revisões sistemáticas

As primeiras buscas foram realizadas em abril de 2016 e atualizadas em outubro de 2016. As buscas foram feitas em sete bases de dados eletrônicas: repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bvsalud.org>), EMBASE (<http://www.embase.com/>), Health Systems Evidence (<http://healthsystemsevidence.org/>), Center for Review Dissemination (<https://www.york.ac.uk/crd/>), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) Web of Science (<https://webofknowledge.com/>) e Cochrane Libery (www.cochranelibrary.com/).

Para a estratégia de busca, utilizou-se os seguintes termos: “*homeless*”, “*homeless person*”, “*Homelessness*”, “*Street People*”, “*treatment*”, “*medication adherence*”, “*patient compliance*”, “*treatment compliance*”, “*motivation*”. Os termos foram adaptados de acordo com as especificidades de cada base. As buscas completas encontram-se no Anexo C. Em todas as bases, utilizou-se o filtro de revisão sistemática. Para a organização das referências e a remoção das duplicatas utilizou o gerenciador de referências Mendeley.

Os critérios de inclusão foram revisões sistemáticas que incluíram: i) estudos que possuíam população em situação de rua com população alvo; ii) abordaram algum tipo de incentivo (materiais ou imateriais); iii) relacionavam os tipos de incentivos com a adesão ao tratamento e a desfechos relacionados a saúde.

Foram excluídos protocolos, estudos descritivos, revisões sistemáticas que não avaliavam efeito, outros tipos de revisão (da literatura, narrativa), e estudos que não foram possíveis recuperar o texto completo. No caso de revisões sistemáticas que sofreram atualização, foram consideradas apenas a publicação mais recente. Estudos sobre população em situação de rua com idade inferior a 18 anos foram excluídos. Não houve restrição de idioma ou ano de publicação.

A seleção inicial dos estudos foi realizada por dois revisores independentes (ACESP e DCRP) a partir da leitura dos títulos e dos resumos. Os casos discordantes entre os avaliadores foram resolvidos por consenso. Foi realizada a leitura do texto completo de forma independente pelos revisores. As discordâncias de exclusões nesta etapa também foram solucionadas por consenso. A partir dessa leitura, foram coletados e sistematizados em planilha de Excel os seguintes dados: autor, ano, título, objetivo, população alvo, agravos incluídos, tipos de estudos

incluídos, incentivos incluídos, principais achados. Para a avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento AMSTAR - Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews (Anexo D)(28).

A definição de incentivos baseou-se em Mazzei e colaboradores(29). Para fins deste estudo, foram adotadas duas categorias de incentivos: i) imateriais, os quais são aqueles ligados ao sentimento de estima do indivíduo, de se sentir pertencente a um grupo e confiar em alguém; e ii) materiais, que estão relacionados à prestação de serviço diretos, como ajuda financeira, oferta de alimentos, alojamento.

4. RESULTADOS

Para responder aos objetivos geral e específicos desta dissertação os resultados serão apresentados em forma de artigo. O mesmo foi submetido para o periódico *Ciência e Saúde Coletiva* e seu formato está de acordo com a recomendação da revista. O comprovante de submissão encontra-se no Anexo E.

1. Introdução

A população em situação de rua (PSR) é um grupo de alta vulnerabilidade e fator de risco para o desenvolvimento de doenças (14–17). A PSR apresenta maior morbidade quando comparada à população em geral, bem como maior taxa de mortalidade, a qual é de duas a quatro vezes maior que a verificada na população em geral(15). No Brasil, ainda são poucos os estudos que analisam os problemas e desfechos de saúde que atingem esse grupo(12,30).

Sobre as condições de saúde, os problemas mais frequentes entre os indivíduos em situação de rua são o abuso de álcool e/ou outras drogas, a tuberculose, transtornos mentais, doenças sexualmente transmissíveis como hepatites, sífilis e o HIV/Aids, e doenças crônicas como a hipertensão e diabetes(18–20). Outro fato é a dificuldade enfrentada para o acesso aos serviços e cuidados de saúde, devido, principalmente ao estigma e preconceito construído historicamente sobre esta população(12,31).

Diante disso, este grupo representa um grande desafio para implantação de políticas de saúde, por conseguinte, é importante refletir sobre a necessidade de estratégias diferenciadas e uma abordagem ampliada para que possibilite a essa população melhora das condições de saúde e o acesso ao cuidado da sua saúde como um direito(32).

Os incentivos materiais ou imateriais são instrumentos que podem auxiliar na adesão a tratamento e podem impactar potencialmente sobre os resultados de saúde desejados(22,23). Contudo, os efeitos de incentivos para a população em situação de rua não estão bem delimitados na literatura, tornando-se necessário identificar as melhores evidências disponíveis.

Identificar a melhor evidência disponível em um mundo onde está cada vez mais rápida a divulgação de informações é um desafio(24). Tem-se percebido um aumento considerável de revisões sistemáticas publicadas na literatura e, em alguns casos, há evidências sobrepostas, dificultando a apropriação da evidência por tomadores de decisão. Neste sentido, surgiu a necessidade de um novo tipo de estudo capaz de compilar, em um único documento, as evidências de múltiplas revisões sistemáticas, criando-se assim as *overviews* de revisões sistemáticas(24–26).

O objetivo desta *overview* é sintetizar os achados das revisões sistemáticas que analisaram as principais intervenções que concedem incentivos materiais ou imateriais com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento e de aprimorar os desfechos relacionados à saúde da população em situação de rua.

2. Método

Realizou-se uma *overview* de revisões sistemáticas sobre a efetividade de incentivos para a adesão ao tratamento da população em situação de rua, bem como o aprimoramento de desfechos em saúde, tais como qualidade de vida, redução de sintomas da doença e de hospitalizações. Visando à transparência dos processos desta *overview*, este estudo foi conduzido em conformidade com o PRISMA (*Preferred Reporting Items for systematic Reviews and Meta-Analyses*), composto por 27 itens e um diagrama de fluxo de seleção de artigos(27) (Anexo A). O protocolo desta *overview* está registrado na plataforma PROSPERO da Universidade de York sob o número CRD42016051190 (Anexo B).

A pergunta do estudo estruturou-se a partir do acrônimo PICOT. A população de referência é a população em situação de rua; a intervenção é a oferta de incentivos para adesão a tratamento de saúde e para o aprimoramento de resultados em saúde; o comparador é a prática usual sem oferta de incentivos; o desfecho é a adesão da pessoa em situação de rua ao tratamento em que está envolvida. Os desfechos secundários são a recorrência

e progressão da doença, a recuperação do paciente e comorbidades; o tipo de estudo elegível foi apenas revisões sistemáticas.

As primeiras buscas foram realizadas em abril de 2016 e atualizadas em outubro de 2016. As buscas foram feitas em sete bases de dados eletrônicas: repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bvsalud.org>), EMBASE (<http://www.embase.com/>), Health Systems Evidence (<http://healthsystemsevidence.org/>), Center for Review Dissemination (<https://www.york.ac.uk/crd/>), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) Web of Science (<https://webofknowledge.com/>) e Cochrane Libery (www.cochranelibrary.com/).

Para a estratégia de busca, utilizou-se os seguintes termos: “*homeless*”, “*homeless person*”, “*Homelessness*”, “*Street People*”, “*treatment*”, “*medication adherence*”, “*patient compliance*”, “*treatment compliance*”, “*motivation*”. Os termos foram adaptados de acordo com as especificidades de cada base. As buscas completas encontram-se no Anexo C. Em todas as bases, utilizou-se o filtro de revisão sistemática. Utilizou-se o gerenciador de referências Mendeley para a remoção das duplicatas e para a organização das referências.

Os critérios de inclusão foram revisões sistemáticas que incluíram: i) estudos que possuíam população em situação de rua com população alvo; ii) abordaram algum tipo de incentivo (materiais ou imateriais); iii) relacionavam os tipos de incentivos com a adesão ao tratamento e a desfechos relacionados a saúde.

Foram excluídos protocolos, estudos descritivos, revisões sistemáticas que não avaliavam efeito, outros tipos de revisão (da literatura, narrativa), e estudos que não foram possíveis recuperar o texto completo. No caso de revisões sistemáticas que sofreram atualização, foram consideradas apenas a publicação mais recente. Estudos sobre população em situação de rua com idade inferior a 18 anos foram excluídos. Não houve restrição de idioma ou ano de publicação.

A seleção inicial dos estudos foi realizada por dois revisores independentes (ACESP e DCRP) a partir da leitura dos títulos e dos resumos. Os casos discordantes entre os avaliadores foram resolvidos por consenso. Foi realizada

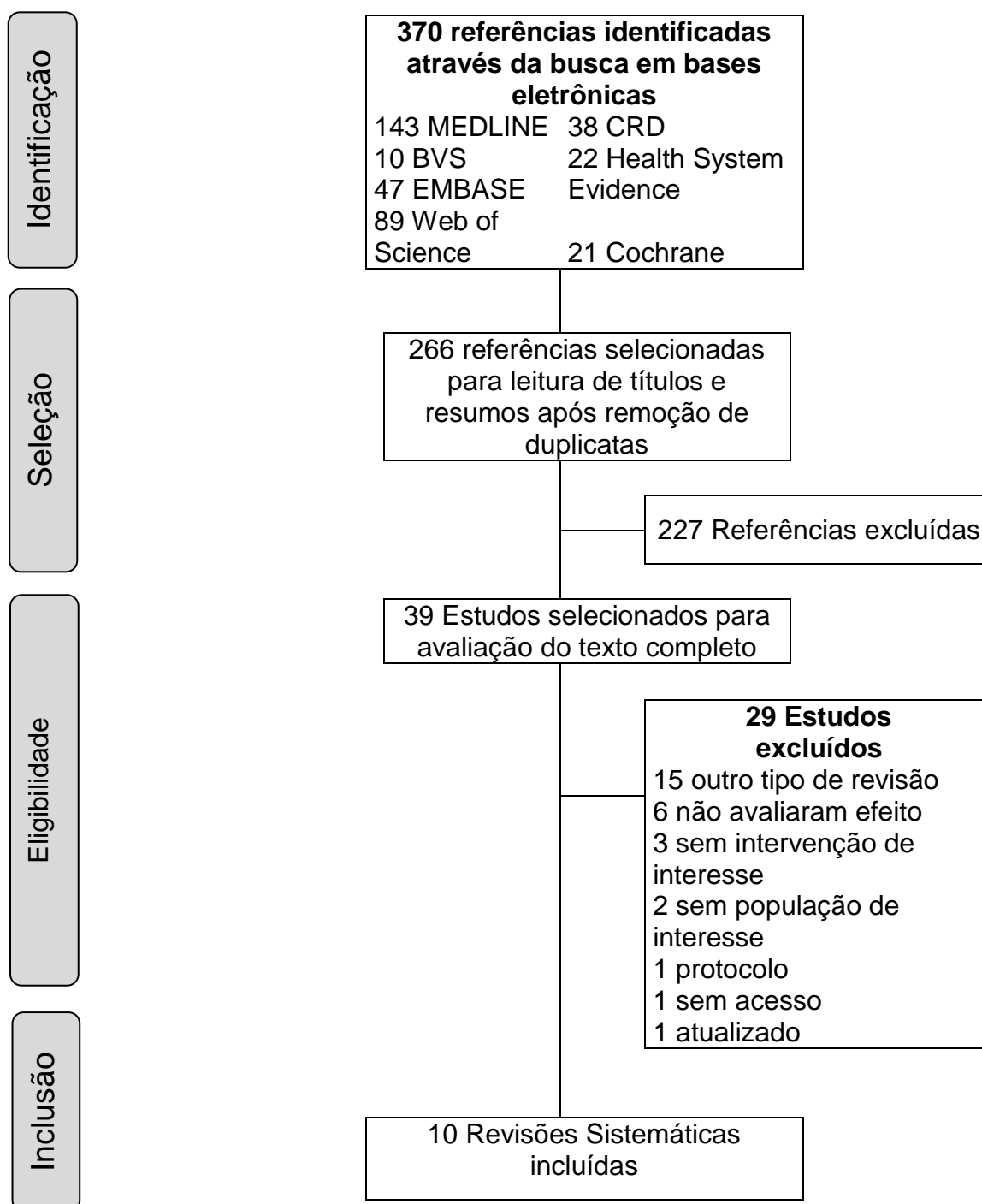
a leitura do texto completo de forma independente pelos revisores. As discordâncias de exclusões nesta etapa também foram solucionadas por consenso. A partir dessa leitura, foram coletados e sistematizados em planilha de *Excel* os seguintes dados: Autor, ano, título, objetivo, população alvo, agravos incluídos, tipos de estudos incluídos, incentivos incluídos, principais achados. Para a avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento AMSTAR (Assessing the Metodological Quality of Systemathic Reviews)(28) (Anexo D).

A definição de incentivos baseou-se em Mazzei e colaboradores(29). Para fins deste estudo, foram adotadas duas categorias de incentivos: i) imateriais, os quais são aqueles ligados ao sentimento de estima do indivíduo, de se sentir pertencente a um grupo e confiar em alguém; e ii) materiais, que estão relacionados à prestação de serviço diretos, como ajuda financeira, oferta de alimentos, alojamento.

3. Resultados

Foi recuperado um total de 370 estudos nas sete bases de dados utilizadas. Foram retirados 104 estudos duplicados, restando 266 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 39 foram selecionados para a leitura dos textos completos com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Destes, 15 eram outro tipo de revisão (da literatura, narrativa), seis não avaliavam efeito, três não abordavam intervenções de interesse, dois não analisaram da população interesse, um era um protocolo de revisão sistemática, um não foi possível ter acesso ao texto completo e um estudo que sofreu atualização. Ao final, foram incluídos um total de 10 revisões sistemáticas (Figura 1). A lista de estudos excluídos com os seus respectivos motivos consta no anexo F.

Figura 1 – Busca, seleção e inclusão de estudos para análise crítica



Caracterização dos estudos encontrados

A caracterização das revisões sistemáticas selecionadas está sumarizada no Quadro 1. Os dez estudos selecionados abordavam, principalmente,

incentivos para transtornos mentais/psiquiátricos(33–36), uso de álcool e/ou outras drogas(33,37,38) e doenças infectocontagiosas, como o HIV(37,39–41) e tuberculose(33,42). Destas revisões sistemáticas, duas discutiram em seu escopo tanto incentivos materiais – oferta de dinheiro, alimentos, cupons, cartões de telefone ou ticket – quanto incentivos imateriais(33,42); quatro abordaram apenas incentivos materiais na forma de oferta de habitação com ou sem cuidados de higiene(36,37,39,40); e quatro tratavam de incentivos imateriais(34,35,38,41), tais como, cuidados voltados para PSR, práticas socioeducativas envolvendo a comunidade ou criação de vínculo entre pacientes e profissionais de saúde.

Os tipos de estudos incluídos nas revisões sistemáticas selecionadas, de modo geral, foram diversos, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos parcialmente randomizados, estudos prospectivos longitudinais, coortes prospectivas e retrospectivas, estudos de caso-controle, estudos transversais, estudos quase experimentais, estudo de caso. Em apenas três revisões sistemáticas, todos os seus estudos incluídos tinham a PSR como população alvo(33,35,37). Em metade das revisões sistemáticas (n=5), não foram incluídos estudos de países de baixa e média renda(34,36,38,40,42) e três revisões não reportaram esta informação(33,35,37).

Quadro 1 – Características das revisões sistemáticas encontradas

Revisão Sistemática e Ano de publicação	Objetivos da RS	Intervenção da RS	Controle	Agravos	Incentivos/intervenção	Tipos de estudos incluídos na busca	Proporção de estudos que incluem a população de rua	Estudos em países de baixa e média renda incluídos nas Revisões sistemáticas
Hwang et al. 2005(33)	Identificar intervenções para melhorar os resultados relacionados à saúde em moradores de rua.	Programas de intervenção para melhorar da saúde da População em Situação de Rua	Prática usual de saúde ou diferentes intervenções	Transtorno mental, Uso de álcool e outras drogas, tuberculose latente	Material: Dinheiro, alimentos, cupons, cartões de telefone ou Tickets Imaterial: Cuidado intensivo integrado a comunidade, centrado na necessidade das pessoas que necessitam de prestação de serviços de saúde; Gerenciamento de casos	Ensaio clínico randomizado, estudos prospectivos longitudinais, retrospectivos e análises secundárias de dados de ECR	73/73	Não reportado

Lugte et al. 2015(42)	Avaliar os efeitos de incentivos materiais em pacientes submetidos a testes de diagnóstico ou que receberam terapia profilática para Tuberculose	Incentivos materiais para pacientes que estão investigando TB ou em tratamento de TB ativa ou latente	Prática usual ou não oferta de incentivos materiais	Tuberculose	Material: Dinheiro, alimentos, cupons, cartões de telefone ou Tickets Imaterial: aconselhamento entre pares	Ensaio clínico randomizados	3/12	0
Aidala, et al. 2016(39)	Avaliar a associação entre habitação e os cuidados médicos e desfechos de saúde em pessoas vivendo com HIV/AIDS	Acesso à moradia adequada	Falta de acesso a moradia adequada	HIV	Material: habitação	Ensaio Clínico Randomizados, Coortes prospectivas e retrospectivas, caso-controle e estudos transversais	142/152	6
Fitzpatrick-Lewis et al. 2011(37)	Identificar evidências científicas sobre intervenções eficazes que podem melhorar a saúde das pessoas em situação de rua.	Ação para melhorar da saúde da População em Situação de Rua	Prática usual ou não oferta de incentivos	Transtorno mental, HIV, uso de álcool	Material: habitação	Ensaio Clínico Randomizados, quase experimentais, coorte prospectiva e retrospectiva	10/10	Não reportado
Kyle, T and Dunn J. 2008(36)	Avaliar a relação entre a habitação e as condições de saúde de pessoas com transtorno mental grave.	Acesso a habitação ou alojamento temporário	Prática usual ou não oferta de incentivos	Transtorno mental	Material: habitação	Ensaio Clínico Randomizados, Coortes prospectivas e retrospectivas, quase experimentais e estudos transversais	6/29	0

Leaver et al. 2007(40)	Avaliar os efeitos da condição de habitação sobre desfechos relacionados à saúde em pessoas que vivem com HIV/AIDS.	Condições de habitação: permanente, temporária	Sem habitação	HIV	Material: habitação	Estudos transversais, estudo longitudinal, análise em multinível	10/29	0
Bryant et al. 2011(38)	Avaliar eficácia das intervenções comportamentais para a redução tabagismo dirigidas a grupos desfavorecidos: prisioneiros, populações indígenas, sem-abrigo, jovens em risco, indivíduos com baixo estado socioeconômico e pessoas com doença mental.	Intervenções para a redução do tabagismo	Prática usual ou não oferta de incentivos	Tabagismo	Imaterial: cuidados de saúde centrada na PSR	Ensaio Clínicos Randomizados, ensaios clínicos controlados	1/32	0
Coldwell and Bender. 2007(35)	Avaliaram eficácia do tratamento comunitário assertivo na reabilitação de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave.	Tratamento comunitário assertivo	Prática usual	Transtorno mental	Imaterial: cuidados de saúde centrada na PSR	Ensaio Clínicos Randomizados, coortes prospectivas e retrospectivas	10/10	Não reportado
Ford, N. et al. 2009(41)	Avaliar tratamento	Tratamento diretamente	Tratamento auto	HIV	Imaterial: cuidados de	Ensaio clínicos randomizados	1/12	6

	diretamente observado comparado ao auto administrado em terapia antirretroviral.	observado	administrado		saúde centrada na PSR			
Priebe et al. 2011(34)	Associação entre o vínculo com o paciente com psicose e melhores desfechos clínicos	Vínculo com o paciente	Prática usual	Psicose	Imaterial: vinculo	Estudos primários	2/9	0

Qualidade metodológica dos estudos

As revisões sistemáticas foram avaliadas pelos onze itens da ferramenta AMSTAR. Aquelas revisões que atingiram de oito a 11 pontos foram consideradas de alta qualidade, as com pontuação entre quatro a sete de média qualidade e as ≤ 3 de baixa qualidade(28). A partir desta escala, quatro revisões sistemáticas foram avaliadas como de alta qualidade(33,37,41,42) e seis de média qualidade(34–36,38–40) (Quadro 2).

Quadro 2 – Avaliação da Qualidade das revisões sistemáticas de acordo com o AMSTAR

Revisões Sistemáticas	Itens do AMSTAR											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Aidala, et al., 2016 (39)	N	S	S	N	N	S	S	S	S	NA	N	6/10
Bryant et al., 2011(38)	N	S	S	S	N	S	S	N	S	S	N	7/11
Coldwell and Bender, 2007(35)	N	S	S	N	N	S	N	NA	S	S	S	6/10
Fitzpatrick-Lewis et al., 2011 (37)	S	S	S	N	N	S	S	S	S	NA	S	8/10
Ford, N., 2009 (41)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11/11
Hwang et al., 2005 (33)	N	S	S	S	N	S	S	S	NA	S	S	8/10
Kyle, T and Dunn J, 2008 (36)	N	S	S	N	N	S	S	S	N	N	N	5/11
Leaver et al., 2007(40)	N	S	S	N	N	S	S	S	NA	N	S	6/10
Lugte et al, 2015 (42)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11/11
Priebe et al., 2011 (34)	N	S	S	N	N	S	N	NA	S	S	N	5/10

S- sim; N- não; NA- não se aplica

Para a análise por condição de saúde, foram considerados as dez RS independentemente do grau de qualidade. As revisões foram estratificadas por tipo de agravo, classificadas por tipo de incentivo e apresentado seus principais desfechos de saúde.

Análise por condição de saúde

População em Situação de Rua com transtorno mental/psiquiátrico

O resumo dos estudos que tratam desta condição de saúde encontra-se no Quadro 3. Para a população de rua com doenças psiquiátricas, foi identificado quatro revisões sistemáticas (33–36). Duas abordando apenas incentivos imateriais(34,35) e outras duas incluíram no seu escopo ou apenas incentivos imateriais(34) ou materiais(36)(Quadro 3).

Os cuidados usuais quando comparado com a oferta conjunta de acesso a serviços de internação, alojamento temporário e serviços de reabilitação mostrou efeito positivo em relação a melhoria da qualidade de vida, redução de sintomas psiquiátricos e de utilização de serviços de saúde(33). No estudo de Hwang e colaboradores, quatro estudos avaliaram desfechos relacionados à saúde, mas não encontraram diferença significativa entre as intervenções analisadas (acesso à habitação ou alojamento temporário *versus* cuidados usuais)(33). Entretanto, na revisão sistemática realizada por Kyle & Dunn, foi identificado um estudo de coorte prospectivo que acompanhou 187 pessoas num período de 12 meses, o qual verificou uma maior frequência de utilização dos serviços de saúde por aqueles que não tinha nenhum tipo de acesso a moradia (75%), enquanto a frequência naquelas pessoas em situação de rua que tiveram acesso a habitação ou alojamento foi consideravelmente menor (35%)(36).

O Tratamento Comunitário Assertivo (TCA) caracteriza-se como o cuidado realizado por equipes interdisciplinares integrado à comunidade, onde os profissionais de saúde realizam ações extramuros, acompanhando o paciente o tempo necessário e atuando como líderes para ajudar a pessoa a partir de um planejamento conjunto(43). Esta intervenção comparada com cuidados habituais teve resultado positivo na redução de sintomas psiquiátricos e na redução da necessidade de utilização dos serviços de saúde. Dois ensaios clínicos randomizados (ECR), incluídos na revisão sistemática de Hwang e colaboradores, avaliaram a melhora da qualidade de vida relacionada ao tratamento comunitário assistido, em um deles houve efeito positivo e em outro não houve diferença significativa(33).

Ao analisar um estudo observacional Coldwell e Bender identificam que o TCA reduziu a hospitalização ([69%] 95% CI= 60%–78%, Z=5.21, p<0.0001). Um ECR identificou a redução de sintomas psiquiátricos graves ([26%]95% CI=7%–44%, Z=2.76, p=0.006); esse mesmo desfecho em relação a estudos observacionais foi em média de 62% (95% CI=0%–124%, Z=1.96, p=0.05).(35).

Um estudo avaliou que a proximidade entre o profissional e a pessoa em situação de rua com transtornos psiquiátricos tem efeito positivo na redução dos sintomas psiquiátricos. Contudo, o mesmo estudo não mostrou mudanças significativas na redução da hospitalização(34).

Quadro 3 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua vivendo com transtorno mental/psiquiátrico

Revisão Sistemática	Tipo de incentivo	Efeito sobre os desfechos de saúde
População em Situação de Rua com Transtorno mental/psiquiátrico		
Hwang et al., 2005(33)	Gestão de casos com acesso a serviços de internação, alojamento temporário e serviços de reabilitação X Cuidados habituais	Qualidade de vida: + 1 ECR; Redução dos sintomas psiquiátricos: + 1 ECR, + 1 coorte, Uso de serviços de saúde: + 1 Estudo retrospectivo
	Acesso à habitação ou alojamento temporário X Cuidados habituais	Desfechos relacionados a saúde: Ø 2 ECR; Ø 2 Coortes
	Tratamento Comunitário Assertivo X Cuidados habituais	Qualidade de vida: + 1 ECR, Ø 1 ECR Redução da hospitalização: + 1 ECR Redução de sintomas psiquiátricos: Ø 1 ECR, + 2 ECR, + 4 Coorte Redução do uso de serviços de saúde: + 1 ECR
Priebe et al., 2011(34)	Aproximação com o paciente X Cuidados habituais	Hospitalização: Ø 1 estudo Redução dos sintomas psiquiátricos: + 1 estudo
Coldwell and Bender, 2007(35)	Tratamento Comunitário Assertivo X Cuidados habituais	Redução da Hospitalização: Ø 1 ECR; +1 estudo observacional Redução de sintomas psiquiátrico: +1 ECR; +4 estudos observacionais
Kyle, T & Dunn J, 2008(36)	Acesso a habitação ou alojamento temporário X Cuidados habituais	Redução do uso de serviços de saúde: + 1 Coorte prospectivo; Ø 1 coorte prospectiva; + 1 estudo quase-experimental Redução de Sintomas psiquiátricos: + 1 estudo quase-experimental; Ø 1 estudo randomizado controlado

Efeito positivo da intervenção para o desfecho em saúde (+); Efeito negativo da intervenção para o desfecho em saúde (-); Sem efeito significativo da intervenção para o desfecho em saúde (Ø)

População em Situação de Rua com tuberculose

O resumo dos estudos que tratam desta condição de saúde encontra-se no Quadro 4. Foram identificados duas revisões sistemáticas que abordavam a tuberculose na PSR(33,42). Ambos estudos avaliaram a oferta de incentivos materiais e um deles também comparou incentivo material com imaterial(33).

A oferta de incentivos materiais em pequenas quantias em dinheiro (\$5) para o retorno ao serviço de saúde após diagnóstico para iniciar ao tratamento da tuberculose e para a adesão ao tratamento, mostrou-se mais efetiva (RR 1,58, IC 95% 1,27 a 1,96) quando comparada a prática usual (33,42). Ao se referir à finalização do tratamento, o incentivo monetário também se mostrou superior (RR 1.26, 95% CI 1.02 a 1.56) quando comparado a oferta de incentivos não monetários, como *vouchers*, lanches, etc.(42).

Não houve diferença significativa de adesão ao tratamento quando comparado o incentivo material com imaterial, como cuidados específicos voltados para a PSR, aconselhamento, acompanhamento por pares, acompanhamento clínico e de profissionais da assistência social em tempo integral(33).

Quadro 4 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua com tuberculose

Revisão Sistemática	Tipo de incentivo	Efeito sobre os desfechos de saúde
População em Situação de Rua com tuberculose		
Lugte et al, 2015	Incentivo monetário X Cuidados habituais	Retorno à clínica para início do tratamento após diagnóstico de TB positivo: + 2 ECR
	Incentivo monetário X Incentivos não monetários de valor equiparado	Finalização do tratamento: +1 ECR
Hwang et al., 2005	Incentivo monetário X Tratamento habitual	Adesão ao tratamento: + 1 ECR

Efeito positivo da intervenção para o desfecho em saúde (+); Efeito negativo da intervenção para o desfecho em saúde (-); Sem efeito significativo da intervenção para o desfecho em saúde (Ø)

População em Situação de Rua com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas

O resumo dos estudos que tratam desta condição de saúde encontra-se no Quadro 5. Encontraram-se três estudos que abordavam o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas(33,37,38). Um deles avaliou tanto incentivo material como imaterial (33); o segundo avaliou apenas incentivo imaterial(38); e o último apenas incentivos materiais(44).

O acompanhamento por profissionais especializados quando comparado aos tratamento convencional mostrou-se positivo para a redução do consumo de álcool e/ou outras drogas(33). Não houve diferença significativa para a redução do consumo de álcool e/ou outras drogas quando comparado o acesso a serviços de internação e serviços ambulatoriais com o tratamento usual(33).

O acesso à habitação ou ao alojamento temporário comparado com o tratamento habitual teve melhora da qualidade de vida em um ECR; foi reportado redução do consumo de álcool e/ou outras drogas em um ECR e um estudo quase-experimental (2% de redução por mês para os que tiveram acesso a habitação (RR 0,98; IC 95%, 0,96-0,9); entretanto, também foram encontrados estudos (dois ECR) que não mostraram efeitos significativos para essa mesma comparação. Ao analisar a redução do uso dos serviços de saúde, foram encontrados seis ECR com efeito positivo para aqueles que tinha acesso a habitação ou alojamento temporário comparado ao tratamento usual(33,37).

No estudo de Fitzpatrick-Lewis e colaboradores, incluiu-se um ECR que avaliou a oferta de habitação ou alojamento temporário comparado com o não acesso a essas intervenções, e pode-se identificar que para o grupo sem acesso à habitação ou alojamento houve uma média ponderada de 5,28 semanas de abstinência de uso de álcool e/ou outras drogas, o grupo com acesso a habitação ou alojamento que não possuía fiscalização a média de semanas de abstinência foi de 4,68 semanas, enquanto no grupo em que tinha acesso à habitação e fiscalização no alojamento a média de semanas foi de 7,32 semanas(37).

Outra intervenção avaliada para a redução do consumo de álcool e/outras drogas foram as comunidades terapêuticas comparadas ao tratamento habitual. Hwang *et al* encontrou um estudo retrospectivo e 3 prospectivos que obtiveram efeitos positivos nas comunidades terapêutica e um ECR mostrou efeito negativo nesta mesma intervenção(33). Uma revisão sistemática analisou, especificamente, a redução do consumo de tabaco por meio de entrevistas motivacionais ou por grupos de apoio e em nenhuma das intervenções obteve-se efeito significativo.

Quadro 5 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de rua vivendo com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas

Revisão Sistemática	Tipo de incentivo	Efeito sobre os desfechos de saúde
População em Situação de Rua com uso abusivo de álcool e outras drogas		
Hwang et al., 2005(33)	Tratamento habitual X	Redução do consumo de álcool e/ou outras drogas: + 1 estudo retrospectivo, + 1 ECR
	Sem intervenção	
	Acesso a serviços de internação ou ambulatorial X	Redução do consumo de álcool e/ou outras drogas: 1 estudo retrospectivo e Ø 1 ECR
	Tratamento habitual Acesso a habitação ou alojamento temporário X	Qualidade de vida: + 1 ECR Redução do consumo de álcool e/ou outras drogas: +1 ECR, Ø 1 ECR
	Tratamento habitual Comunidade terapêutica X	Redução do consumo de álcool e/ou outras drogas: +1 estudo retrospectivo; +3 prospectivos; -1 ECR
Fitzpatrick-Lewis et al., 2011(37)	Tratamento habitual Acesso a habitação ou alojamento temporário X	Redução do consumo de álcool: +1 Estudo Quase-experimental, Ø 1 ECR Redução do uso de serviços de saúde: + 6 ECR
	Cuidados habituais Acesso a habitação ou alojamento temporário X	Semanas consecutivas de abstinência: +1 ECR
	Sem acesso a habitação ou alojamento	
Bryant et al., 2011(38)	Entrevistas motivacionais X Grupos de apoio	Redução do consumo de tabaco: Ø 1 ECR

Efeito positivo da intervenção para o desfecho em saúde (+); Efeito negativo da intervenção para o desfecho em saúde (-); Sem efeito significativo da intervenção para o desfecho em saúde (Ø)

População em Situação de Rua vivendo com HIV/Aids

O resumo dos estudos que trataram desta condição de saúde encontra-se no Quadro 6. Foram identificados quatro estudos que abordavam o tema (37,39–41). Duas trataram apenas de incentivos materiais (39,40), uma que avaliou incentivo imaterial(41) e outra que incluiu estudos que tratavam dois tipos de incentivos(37).

O acesso à habitação adequada comparada com o não acesso a este serviço mostrou efeito positivo no aumento dos cuidados em saúde, na adesão ao tratamento (antirretroviral) e na melhora da qualidade de vida da população em situação de rua(39). Sendo a mortalidade o desfecho avaliado, foi incluído um estudo observacional retrospectivo que identificou que o acesso a moradia após diagnóstico de HIV/Aids reduziu a taxa de mortalidade (RR ajustado 0,20; 95% CL 0,05, 0,81)(37).

Prática educativas para população em situação de rua convivendo com HIV/Aids comparado com a prática habitual foi efetiva para a melhora da qualidade de vida, o aumento dos cuidados em saúde e para a adesão ao tratamento antirretroviral (37).

Na revisão sistemática de Leaver e colaboradores, foi realizado um paralelo entre o acesso à habitação permanente ou alojamento temporário e a ausência de moradia. Em um estudo transversal analisado por eles estão reportado que entre aqueles que não tinha nenhum tipo de moradia houve uma chance maior de hospitalização (OR= 2,1, 95% CI 1,1-4,0) e o aumento da mortalidade (OR= 9,98, 95% CI 2,34-42,5). Dois estudos longitudinais analisaram a adesão ao tratamento, em um deles foi relatado que aqueles que não tinham acesso à habitação tiveram mais chances de não aderir ao tratamento antirretroviral do que aqueles que tinha acesso a habitação temporária ou permanente (OR= 2,76, 95% CI 1,30-5,85); o outro reportou que a não adesão ao tratamento se dá em 75% das pessoas sem habitação contra 42% dos que têm acesso à moradia($p=0,03$)(40). Para essa mesma intervenção, um estudo transversal mostrou-se positivo para o aumento da

adesão ao tratamento daqueles que têm acesso a moradia, trazendo um razão de chances de não adesão para aqueles que não possuem acesso à habitação de 2,96 (95% CI 1,39 – 6.32)(40).

Em uma das revisões sistemáticas(41), foi comparada a adesão ao tratamento antirretroviral no tratamento diretamente observado e no tratamento auto administrado, teve-se melhor adesão aqueles pacientes em situação de rua que estavam na estratégia de tratamento diretamente observado.

Quadro 6 – Principais efeitos sobre desfechos em saúde para a população em situação de Rua vivendo com HIV/Aids

Revisão Sistemática	Tipo de incentivo	Efeito sobre os desfechos de saúde
População em Situação de Rua vivendo com HIV/Aids		
Aidala, et al., 2016;	Acesso a habitação adequada X	Aumento dos cuidados em saúde: +1 ECR, + 9 Coorte e/ou Caso controle, + 23 estudos transversais
	Sem acesso a habitação	Adesão ao tratamento (antirretroviral): + 10 Coorte e/ou Caso controle, + 18 estudos transversais Melhora a qualidade de vida, saúde física e mental: +1 ECR, + 8 Coorte e/ou Caso controle, + 17 estudos transversais Desfechos relacionados a saúde: Ø 1 ECR, Ø 3 Coorte e/ou Caso controle, Ø 1 transversal
Fitzpatrick-Lewis et al., 2011;	Acesso a habitação adequada X	Redução da Mortalidade: +1 estudo observacional retrospectivo
	Sem acesso a habitação	
	Práticas educativas X	Melhora da qualidade de vida: +2 ECR
	Pratica habitual	Aumento dos cuidados em saúde: +2 ECR Adesão ao tratamento (antirretroviral): +2 ECR
Leaver et al., 2007	Habitação permanente ou temporária X	Redução da hospitalização: +1 estudo transversal Aumento da mortalidade: +1 estudo transversal
	Sem acesso a habitação	Adesão ao tratamento (antirretroviral): +1 estudo longitudinal; +1 estudo; +1 transversal
Ford, N., 2009	Tratamento diretamente observado X	Adesão ao antirretroviral: +1 ECR
	Tratamento auto administrado	

Efeito positivo da intervenção para o desfecho em saúde (+); Efeito negativo da intervenção para o desfecho em saúde (-); Sem efeito significativo da intervenção para o desfecho em saúde (Ø)

4. Discussão

Esta *overview* mostrou um conjunto bastante heterogêneo de incentivos voltados à população em situação de rua, analisando desde estratégias mais simples como a oferta de dinheiro até estratégias mais complexas como o tratamento comunitário assertivo. Todas as revisões sistemáticas que compararam incentivos materiais/imateriais com o tratamento convencional (sem nenhum tipo de incentivo) apontaram um número maior de estudo que indicaram efeito positivo na adesão ao tratamento e em desfechos de saúde, tais como qualidade de vida, redução de hospitalização e de sintomas da doença investigada. No entanto, quando os tipos de incentivos eram comparados entre si não foi encontrada diferença significativa(33,38).

Outra característica das revisões sistemáticas incluídas nesta *overview* refere-se à inclusão de estudo primários com vários desenhos metodológicos. Este fato prejudica a comparabilidade dos resultados, visto que cada metodologia possui diferentes níveis de confiabilidade. No entanto, todos os ECR que analisaram a adesão ao tratamento relataram resultados positivos dos incentivos em relação ao tratamento convencional; já para a qualidade de vida, a grande maioria dos ECR também reportaram efeito positivo, tendo apenas um ECR que indicou não haver diferença significativa.

Deve-se levar em consideração o fato de a maioria das revisões sistemáticas terem avaliado estudos realizados em países com organizações e contextos sociais e econômicos distintos. Há uma lacuna se tratando de intervenções para população em situação de rua em países de baixa e média renda, visto que pelas evidências encontradas nesta *overview* as intervenções se aplicam, principalmente, em países desenvolvidos.

É relevante considerar, também, a diferença de conceituação de população em situação de rua em diferentes países. Nos Estados Unidos e no Canadá, o termo *homeless* refere-se a qualquer pessoa em risco ou que se sente ameaçada pela sua segurança pessoal, de saúde ou de habitação, que vivam em alojamento, abrigos ou casas de amigos(12,14,45). No entanto, no Brasil, a população de rua é definida

como um grupo de extrema pobreza, sem vínculos familiares que usam de áreas públicas como espaço de moradia(12,46).

Em que pesem essas características, os elementos das intervenções adotadas podem ser implementados em países em desenvolvimento. Nota-se que na atualidade países como Japão, África do Sul, Rússia vem expondo uma crescente preocupação com o aumento da população em situação de rua e de suas consequências à saúde(47–50). Intervenções como a oferta de habitação e alojamentos temporários são iniciativas encontradas nas revisões sistemáticas que podem ser adotadas por esses países. No Brasil, já existem intervenções nesse sentido, como é o caso da oferta de acolhimento institucional ofertado em três modalidades, a república voltada para adultos maiores de 18 anos em condições de vulnerabilidade social e sem condições de moradia; o abrigo institucional e a casa de passagem que são destinados ao acolhimento de adultos e famílias em situação de rua(51).

O tratamento comunitário assertivo avaliado positivamente nas revisões sistemáticas incluídas assemelha-se ao trabalho realizado pelas equipes de consultório na rua (eCR) do Brasil. O envolvimento do profissional e a necessidade em construir projetos terapêuticos respeitando a singularidade e história de cada paciente propicia uma aproximação do profissional com a pessoa em situação de rua, suscitando maior confiabilidade e, conseqüentemente, a melhora dos desfechos em saúde(52). Nesses casos o estabelecimento do vínculo profissional-paciente é primordial para combater as complexidades das condições de vida e saúde da população em situação de rua e para o alcance da equidade(52,53).

As revisões sistemáticas analisadas que abordaram o incentivo material monetário e o material não monetário (oferta de *vouchers*, oferta de lanches, *tickets*, etc.) garantiram desfechos em saúde favoráveis comparados com os cuidados habituais. Na realidade brasileira existem intervenções semelhantes que podem ser oferecidos para indivíduos em situação de rua, como o programa de transferência de renda (Bolsa família) e o benefício de prestação continuada (BPC). A bolsa família é uma estratégia de transferência de renda destinada a famílias sem situação de extrema pobreza(54,55), enquanto que o BPC é voltado para pessoas em situação de rua ou não, com deficiência, transtornos mentais, e a idoso, que comprovem não

possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família(56).

Em relação a oferta de incentivos materiais monetários, há uma vertente de pensamento que defende que esses tipos de incentivos amenizam apenas a situação atual, não levando em consideração o processo anterior que levou a pessoa em situação de rua ao adoecimento(57,58). Para o processo de retomada da autonomia da pessoa em situação de rua é necessário intervenções mais amplas que envolvam o resgate de qualificações, de habilidade, inserção no mercado de trabalho(57,59). Nesse sentido, há estratégias como o serviço de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Este serviço engloba incentivos materiais não monetários (lanches), porém, tem como proposta principal o desenvolvimento de relações de solidariedade, efetividade e respeito, podendo propiciar vivências de alcance da autonomia, estimulando a organização, a mobilização e participação social(60).

No que se refere à complexidade das condições de saúde na qual a população em situação de rua está inserida, Brown e colaboradores ressaltam que além das limitações físicas, a exclusão social associada com algumas doenças é também uma grande barreira enfrentada(61). A tuberculose, o HIV, os transtornos mentais/psiquiátricos ou o uso abusivo de álcool e drogas são condições de saúde socialmente estigmatizantes, o que para a pessoa em situação de rua ampliam as vulnerabilidades individuais e a fragilização dos vínculos sociais(62–64). Neste sentido, as intervenções encontradas vêm como opção para o enfrentamento dessas barreiras.

De maneira geral, as ações direcionadas a pessoas com esse grau de fragilidade implica a promoção de equidade nas políticas públicas para esse grupo social(56). Mesmo em países de alta renda a preocupação com a PSR vem crescendo em virtude de questões econômicas e imigração(65,66).

Limitações

Não foi realizada exaustiva busca na literatura cinzenta, podendo assim ter perdido alguns estudos potencialmente relevantes baseados em relatórios de pesquisa empírica, mas que não formalmente publicado em revistas indexadas. A

maioria das revisões sistemáticas incluídas nesta overview apresentou seus resultados de forma narrativa, não apresentando dados quantitativos que permitissem a realização de uma metanálise.

5. Conclusão

Nesta *overview*, observou-se grande heterogeneidade dos desfechos avaliados nos estudos e uma grande variedade de desenhos metodológicos incluídos nas revisões sistemáticas. Entretanto, os resultados apontam para uma associação positiva entre a oferta de incentivos materiais/imateriais com a adesão ao tratamento e melhora de desfechos em saúde. Mostra-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas sobre este tema, principalmente em países em desenvolvimento.

5. CONCLUSÃO

De maneira geral, nesta *overview*, os resultados mostraram-se positivos no que diz respeito a oferta de incentivos materiais/imateriais para a adesão ao tratamento e para a melhora de desfechos em saúde da população em situação de rua. Apesar de a maioria dos estudos incluídos não ter abordado incentivos para países de baixa e média renda, quando se volta o olhar para a realidade brasileira, percebe-se que há semelhanças das intervenções utilizadas.

Devido à grande vulnerabilidade dessa população e a baixa visibilidade de suas carências reais, percebe-se uma grande necessidade de desenvolvimento de políticas que abram oportunidade de acesso a serviços que aborde o indivíduo de maneira mais abrangente e integral, visando não apenas a melhora na adesão ao tratamento ou a melhora dos desfechos em saúde, mas também de uma forma mais ampla, o aumento da visibilidade e garantia dos seus direitos.

Mostra-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas sobre este tema, principalmente em países em desenvolvimento para que se abra diferentes olhares e perspectiva para essa lacuna existente, contribuindo de forma positiva para a saúde da pessoa em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS

1. Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos Context (Porto Alegre)*. 2006;4(1):1–15.
2. Davies-Netzley S, Hurlburt MS. Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. *Violence Vict [Internet]*. 1996;11(2):129–42. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=26398548>
3. Pereira CP. Rua sem saída: Um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília. Universidade de Brasília; 2008.
4. Dutra ALP. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? Universidade de Brasília; 2014.
5. Dias B. Políticas Públicas para a população em situação de rua: análise comparativa entre a política nacional e a política do Distrito Federal [Internet]. 2014. Available from: <http://www.repositorio.uniceub.br/handle/235/5168>
6. Silva FP da, Frazão I da S, Pereira FML. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua Health practices by teams from Street Outreach Offices Prácticas de salud de los equipos de atención callejera. 2014;30(4):805–14.
7. Anon. sumario executivo_POPRUA.indd - sumario_24.pdf. Acesso em: dezembro, 2016. p. <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/su>.
8. Valencio NFL da S, Pavan BJC, Siena M, Marchezini V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: estigmatização, desfiliação e desterritorialização. *Rev Bras Sociol da Emoção [Internet]*. 2008;7(21):556 a 605. Available from: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf>
9. Mansanera A., da SILVA LC. a Influência Das Idéias Higienistas No Desenvolvimento Da Psicologia No Brasil. :115–37.
10. Resende V de M. para dificultar a permanência deles perto de nosso prédio”. Análise discursiva crítica de uma circular de condomínio acerca de “moradores de rua.” Universidade de Brasília; 2008.
11. Santos CDS. UMA ANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE BELÉM/PA: problematizações acerca do serviço de acolhimento institucional. In 2015.
12. Varanda W, Adorno RDCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Soc*. 2004;13(1):56–69.
13. Murphy J, Tobin K. HOMELESSNESS IN THE US: A Historical Analysis. *Am Educ Hist J*. 2014;41(1/2):267.
14. Speirs V, Johnson M, Jirojwong S. A systematic review of interventions for homeless women. *J Clin Nurs*. 2013;22(7–8):1080–93.

15. McInnes DK, Li AE, Hogan TP. Opportunities for engaging low-income, vulnerable populations in health care: A systematic review of homeless persons' access to and use of information technologies. *Am J Public Health*. 2013;103(SUPPL. 2).
16. Wright NMJ, Tompkins CNE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract*. 2006;56(525):286–93.
17. Canônico RP, Tanaka ACDA, Mazza MMPR, Souza MDF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev da Esc Enferm*. 2007;41(SPECIALISSUE):799–803.
18. Brasil M da S. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação rua. 1ª edição. 2012. 100 p.
19. Brasil M da S. Consultório de Rua no SUS. 2010.
20. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR de, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in São Paulo, Brazil Prevalencia y vulnerabilidad a la infección por VIH en personas que viven en la ca. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2012;46(4):674–84. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400012
21. Serafino I, Cristina L, Luz X. Políticas para a população adulta em situação de rua : questões para debate. *Rev katálysis [Internet]*. 2015;74–85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00074.pdf>
22. Sutherland K, Leatherman S, Christianson J. Paying the patient: does it work? [Internet]. 2008. 1-99 p. Available from: <http://www.westsussexhealthlibraries.nhs.uk/edocs/Paying-the-patient.pdf>
23. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(4):323.
24. Silva V, Grande JA, Martimbianco CAL, Riera R, Carvalho APV De. Overview de revisões sistemáticas – um novo tipo de estudo . Parte I : Por que e para quem ? 2012;17(4):195–200.
25. Silva V, Grande JA, Carvalho APV De, Martimbianco CAL, Riera R. Overview de revisões sistemáticas – um novo tipo de estudo . Parte II. 2014;19(11):29–41.
26. Pollock M, Fernandes RM, Becker LA, Featherstone R, Hartling L. What guidance is available for researchers conducting overviews of reviews of healthcare interventions? A scoping review and qualitative metasummary. *Syst Rev [Internet]*. 2016;5(1):190. Available from: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0367-5>
27. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Grp P. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement

- (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys Ther*. 2009;89(9):873–80.
28. Shea B, Grimshaw J, Al. E. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Metodol*. 2007;7:10.
 29. Mazzei AMA, Monroe AA, Sasaki CM, Gonzales RIC, Villa TCSTCS. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. *Bol Pneumol Sanitária* [Internet]. 2003;11(2):41–6. Available from: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-5746%5Cnhttp://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2003000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 30. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR de, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo , Brasil , com utilização de Teste Rápido. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):341–54.
 31. Ceccim RB, Fernando L, Bilibio S. Consultório de / na rua : desafio para um cuidado em verso na saúde. 1807;
 32. LEHMAN AF, CORDRAY DS. Prevalence of alcohol, drug and mental disorders among the homeless: one more time. *Contemp Drug Probl*. 1993;20:355.
 33. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: A systematic review. *Am J Prev Med* [Internet]. 2005;29(4):311.e1-311.e75. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L41483538>
 34. Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedeji O, McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2011;80(2):70–7.
 35. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007;164(3):393–9. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L46513151>
 36. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Heal Soc Care Community*. 2008;16(1):1–15.
 37. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11:638. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L362828091>
 38. Bryant J, Bonevski B, Paul C, Mcelduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation

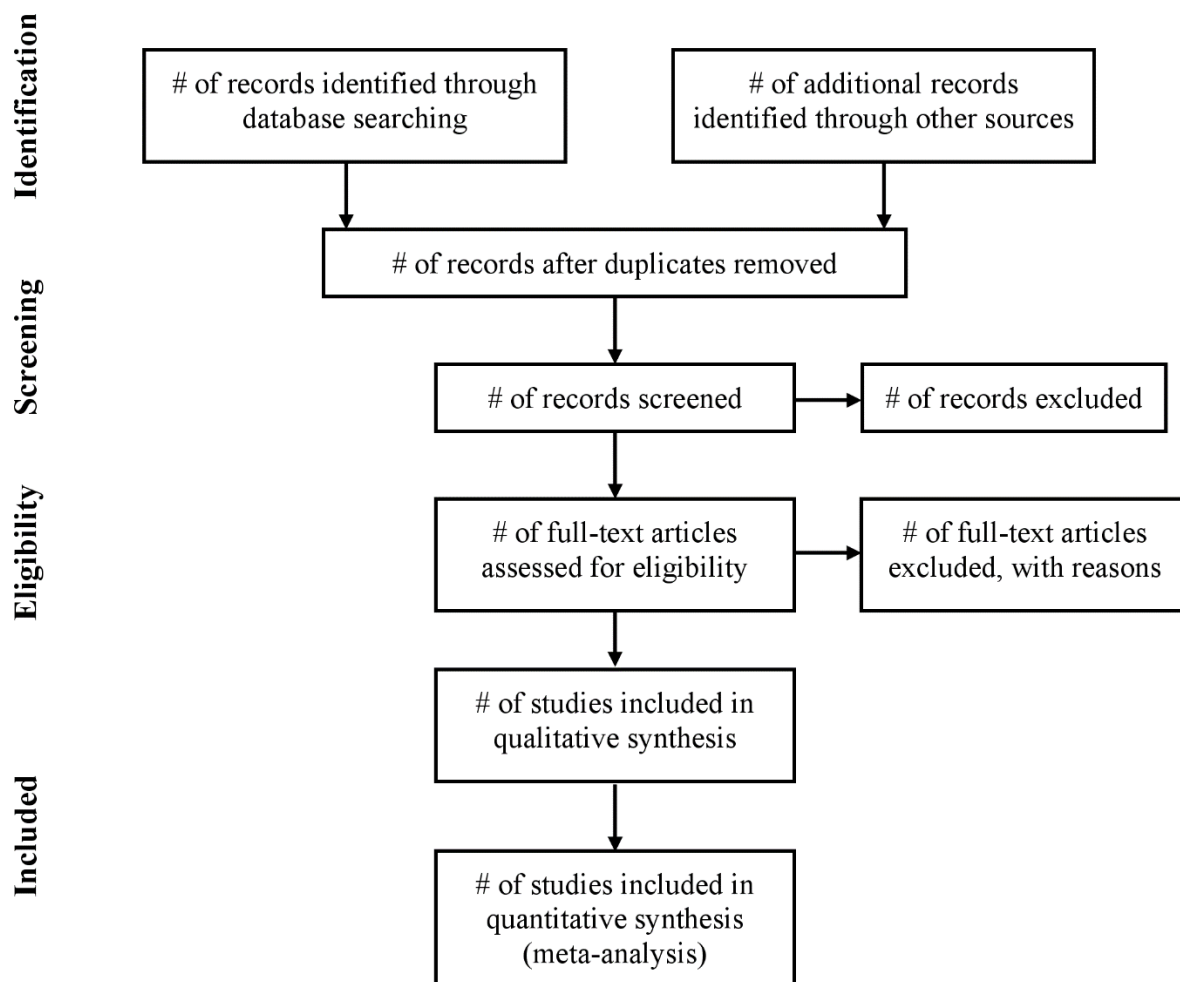
- interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*. 2011;106(9):1568–85.
39. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Globerman J, Rueda S, et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *Am J Public Health*. 2016;106(1):e1–23.
 40. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: A systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2007;11(SUPPL. 2).
 41. Ford N, Nachega JB, Engel ME, Mills EJ. Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet* [Internet]. 2009;374(9707):2064–71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61671-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61671-8)
 42. Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, Sinclair D, Volmink J. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2015;9(9):CD007952. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4563983&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 43. Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2007;39(1):81–95. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L46764235>
 44. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(1):638. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/638>
 45. Shortt SED, Hwang S, Stuart H, Bedore M, Zurba N, Darling M. Delivering primary care to homeless persons: a policy analysis approach to evaluating the options. *Healthc Policy* [Internet]. 2008;4(1):108–22. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2645199&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 46. Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. 2009;Brasília.
 47. Eaton J, Des Roches B, Nwaubani K, Winters L. Mental Health Care for Vulnerable People With Complex Needs in Low-Income Countries: Two Services in West Africa. *Psychiatr Serv*. 2015;66(10):1015–7.
 48. Andreev E, Pridemore WA, Shkolnikov VM, Antonova OI. An investigation of the growing number of deaths of unidentified people in Russia. *Eur J Public Health*. 2008;18(3):252–7.
 49. Gärden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Övregaard A, Taganova O, et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug

- treatment among homeless patients in Russia. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):117–22.
50. Embleton L, Lee H, Gunn J, Ayuku D, Braitstein P. Causes of Child and Youth Homelessness in Developed and Developing Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2016;170(5):435–44. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84965107211&partnerID=tZOtx3y1>
 51. BRASIL M do P. Planejamento Governamental. Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias. 2015;<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unid>.
 52. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(6):1839–48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 53. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua : visibilidades , invisibilidades e hipervisibilidade Street Outreach Offices : visibility , invisibility , and enhanced visibility La consulta médica en la calle : visibilidades , invisibilidades e hipervisibilidades. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1497–504.
 54. BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências [Internet]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm
 55. Bichir RM. O Bolsa Família na berlinda? *Novos Estud*. 2010;87:115–29.
 56. Silva MODSE. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;13(2):155–63.
 57. Garcez Ghirardi MI, Lopes SR, Barros DD, Galvani D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2005;9(18):601–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 58. De Alcantara SC, De Abreu DP, Farias AA. Pessoas em Situação de Rua: Das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. *Rev Colomb Psicol*. 2014;24(1):129–43.
 59. Moura Jr JF, Ximenes VM, Sarriera JC. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. *Rev Psicol* [Internet]. 2014;22(2):18–28. Available from: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/30850>
 60. Brasil SN de R e C e SN de ASM do DS e C à F– M. Orientações Técnicas : Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. 2011;3:1–116.
 61. Brown A, Rice SM, Rickwood DJ, Parker AG. Systematic review of barriers and

- facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2016;8(1):3–22.
62. Antunes MCC, Rosa AS, Brêtas ACP. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. 2016;(1):1–9.
63. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2004;38(5):650–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
64. Drake RE, Mercer-mcfadden C, Mueser KT, Mchugo QJ, Bond QR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. 1996;
65. Navarro-Lashayas MA, Eiroa-Orosa FJ. Substance use and psychological distress is related with accommodation status among homeless immigrants. *Am J Orthopsychiatry*. 2017;87(1):23–33.
66. Stergiopoulos V, Dewa CS, Rouleau K, Yoder S, Chau N. Collaborative mental health care for the homeless: The role of psychiatry in positive housing and mental health outcomes. *Can J Psychiatry [Internet]*. 2008;53(1):61–7. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L351235842>

ANEXO A – PRISMA

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	



ANEXO B - Registro plataforma PROSPERO

UNIVERSITY *of* York
Centre for Reviews and Dissemination

NHS
National Institute for
Health Research

PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Effectiveness of incentives to improve treatment adherence in homeless: an overview of systematic reviews

Ana Carolina Esteves Silva Pereira, Flávia Tavares Silva Elias, Daniella Cristina Rodrigues Pereira, Everton Nunes da Silva

Citation

Ana Carolina Esteves Silva Pereira, Flávia Tavares Silva Elias, Daniella Cristina Rodrigues Pereira, Everton Nunes da Silva. Effectiveness of incentives to improve treatment adherence in homeless: an overview of systematic reviews. PROSPERO 2016:CRD42016051190 Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO_REBRANDING/display_record.asp?ID=CRD42016051190

Review question(s)

Is any kind of incentive effective to improve treatment adherence in homeless?

Searches

We searched in the following electronic bibliographic databases: PubMed, Biblioteca virtual em Saúde (BVS), Health System Evidence, The Cochrane Library, Web of Science, Centre for Reviews and Dissemination, and EMBASE.

The MeSH terms are "homeless person", "Treatment" and "Medication adherence". We only searched for systematic reviews. The first search was performed in April 2016 and updated in October 2016.

There was not any restriction by year or language of publication.

Types of study to be included

Inclusion criteria: systematic reviews

Exclusion criteria: study designs other than systematic reviews.

Condition or domain being studied

Homelessness is a vulnerable condition, which impacts on health outcomes. Homeless tends to have more difficulty in accessing health services (diagnosis and treatment) as well as poor adherence to treatment. On this basis, it is necessary more complex and expensive strategies for homeless to reach similar outcomes as non-homeless population.

Participants/ population

Homeless person aged 18 years old and over.

Intervention(s), exposure(s)

Incentives aiming at improving adherence to treatment, which can be based on money, outreach, social support, housing, educational material.

Comparator(s)/ control

Conventional strategies without any incentives.

Outcome(s)

Primary outcomes

Improve in treatment adherence in homeless.

Secondary outcomes

Recurrence

Remission/ recovery

Disease progression

Co-morbidities

Data extraction, (selection and coding)

Search results will be independently checked by two overview authors. Initially the titles and abstracts of identified studies will be reviewed. If it is clear from the title and abstract that the study does not meet the inclusion criteria it will be excluded. Where it is not clear from the title and abstract whether a study is relevant the full review will be checked to confirm its eligibility. The selection criteria will be independently applied to the full papers of identified reviews by two overview authors. Where two independent reviewers do not agree in their primary judgements they will discuss the conflict and attempt to reach a consensus.

Data will be extracted independently by two overview authors using a standardised form. Discrepancies will be resolved by consensus. Where agreement cannot be reached a third overview author will consider the paper and a majority decision will be reached. The data extraction form will include the following details: authors; year of publication; objective; target-population; strategies analysed; health condition; type of studies included and main findings.

Risk of bias (quality) assessment

Two review authors will independently assess the risk of bias in included studies using the AMSTAR tool.

Strategy for data synthesis

We will carry out a narrative synthesis of the main findings.

Analysis of subgroups or subsets

Data will be grouped where possible according to health condition, type of intervention (type of incentive) and level of quality of systematic reviews included (based on AMSTAR score).

Dissemination plans

This overview will be part of my master's thesis. We also plan to publish this overview as an article in a health journal

Contact details for further information

Miss Pereira

anacarolina.esteves@gmail.com

anacarolina.esteves@gmail.com

Organisational affiliation of the review

University of Brasilia – UnB and Oswaldo Cruz Foundation

<http://www.unb.br/> www.fiocruzbrasil.fiocruz.br

Review team

Miss Ana Carolina Esteves Silva Pereira, Universidade de Brasilia

Mrs Flávia Tavares Silva Elias, Fundação Oswaldo Cruz

Mrs Daniella Cristina Rodrigues Pereira, Fundação Oswaldo Cruz

Mr Everton Nunes da Silva, Universidade de Brasilia

Anticipated or actual start date

26 August 2016

Anticipated completion date

13 February 2017

Funding sources/sponsors

This study received no specific grant from any funding agency or industry.

Conflicts of interest

None known

Language

Portuguese-Brazil

Country

Brazil

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Homeless Persons; Humans; Motivation

Stage of review

Ongoing

Date of registration in PROSPERO

10 November 2016

Date of publication of this revision

10 November 2016

Stage of review at time of this submission	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

PROSPERO

International prospective register of systematic reviews

The information in this record has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.

ANEXO C – Buscas estruturadas

Base de dados	Estratégia
BVS	<p>(tw:((homeless persons) OR (personas sin hogar) OR (pessoas em situação de rua) OR (população em situação de rua) OR (pessoas sem teto) OR (moradores de rua) OR (morador de rua) OR (sem-teto) OR (pessoas sem lar) OR (falta de moradia) OR (falta de habitação))) AND (tw:((medication adherence) OR (cumplimiento de la medicación) OR (adesão à medicação) OR (aderência ao tratamento medicamentoso) OR (adesão ao tratamento farmacológico) OR (adesão ao tratamento medicamentoso) OR (adesão ao medicamento) OR (aderência ao medicamento) OR (submissão ao medicamento) OR (cumprimento do tratamento medicamentoso) OR (não adesão ao medicamento) OR (não aderência ao medicamento))) AND (instance:"regional") AND (type_of_study:"systematic_reviews"))</p>
PUBMED	<p>("Homeless Persons"[Mesh] OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR ("homeless"[All Fields] AND "person"[All Fields]) OR "homeless person"[All Fields]) OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR ("person"[All Fields] AND "homeless"[All Fields])) OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR ("persons"[All Fields] AND "homeless"[All Fields])) OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR "homelessness"[All Fields]) OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR ("street"[All Fields] AND "people"[All Fields]) OR "street people"[All Fields]) OR ("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "homeless persons"[All Fields] OR ("people"[All Fields] AND "street"[All Fields]))) AND ((systematic review[ti] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR systematic literature review[ti] OR this systematic review[tw] OR pooling project[tw] OR (systematic review[tiab] AND review[pt]) OR meta synthesis[ti] OR (meta analysis[ti] OR meta analysas[ti] OR meta analyse[ti] OR meta analysed[ti] OR meta analyser[ti] OR meta analyses[ti] OR meta analysing[ti] OR</p>

	<p>meta analysis[ti] OR meta analysis,[ti] OR meta analysisdagger[ti] OR meta analysisof[ti] OR meta analyst[ti] OR meta analysticians[ti] OR meta analysts[ti] OR meta analysys[ti] OR meta analytic[ti] OR meta analytical[ti] OR meta analytically[ti] OR meta analyze[ti] OR meta analyzed[ti] OR meta analyzes[ti] OR meta analyzing[ti]) OR integrative review[tw] OR integrative research review[tw] OR rapid review[tw] OR umbrella review[tw] OR consensus development conference[pt] OR practice guideline[pt] OR drug class reviews[ti] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal] OR "ACP J Club"[Journal] OR "Health Technol Assess"[Journal] OR "Evid Rep Technol Assess (Summ)"[Journal] OR "JBI Database System Rev Implement Rep"[Journal]) OR (clinical guideline[tw] AND management[tw]) OR ((evidence based[ti] OR "evidence-based medicine"[MeSH Terms] OR (best practice[ti] OR best practices[ti]) OR evidence synthesis[tiab]) AND (review[pt] OR diseases category[mh] OR "behavior and behavior mechanisms"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR evaluation studies[pt] OR validation studies[pt] OR guideline[pt] OR pmcbook[All Fields])) OR ((systematic[tw] OR systematically[tw] OR critical[tiab] OR study selection[tw] OR (predetermined[tw] OR inclusion[tw] AND (criteri[tw] OR criteria[tw] OR criteria'[tw] OR criteria'double[tw] OR criteria's[tw] OR criteria'srandomized[tw] OR criteria1[tw] OR criteria2[tw] OR criteriaadult[tw] OR criteriaall[tw] OR criteriaare[tw] OR criteriabased[tw] OR criteriadisulfiram[tw] OR criteriae[tw] OR criteriaeditorials[tw] OR criteriaen[tw] OR criteriaenglish[tw] OR criteriaexclusion[tw] OR criteriafor[tw] OR criteriafora[tw] OR criteriaheath[tw] OR criteriiai[tw] OR criteriaincluded[tw] OR criteriithe[tw] OR criterial[tw] OR criterialism[tw] OR criteriality[tw] OR criteriall[tw] OR criterially[tw] OR criterials[tw] OR criterian[tw] OR criteriaoff[tw] OR criteriar[tw] OR criteriarandomised[tw] OR criteriarpar[tw] OR criterias[tw] OR criteriasof[tw] OR criteriasudies[tw] OR criteriasystematic[tw] OR criteriathe[tw] OR criteriation[tw] OR criteriatrade[tw] OR criteriaum[tw] OR criteriawerehaving[tw] OR criteric[tw] OR criterid[tw] OR criterielle[tw] OR criteriien[tw] OR criteries[tw] OR criteriia[tw] OR criterin[tw] OR criterio[tw] OR criterioe[tw] OR criteriologic[tw] OR criteriological[tw] OR criteriology[tw] OR criterion[tw] OR criterion'[tw] OR criterion's[tw] OR criterional[tw] OR criterionby[tw] OR criterionis[tw] OR criterionoriented[tw] OR criterions[tw] OR criterior[tw] OR criteriors[tw] OR criterios[tw] OR criteriosa[tw] OR criteriosamente[tw] OR criterioso[tw] OR criterious[tw] OR criteris[tw] OR criterita[tw] OR criterium[tw] OR criterium'[tw] OR criteriums[tw] OR criterization[tw])) OR (exclusion criteria[tw] OR exclusion criterias[tw] OR</p>
--	--

exclusion criterion[tw] OR exclusion criterions[tw] OR exclusion criterium[tw]) OR main outcome measures[tw] OR standard of care[tw] OR standards of care[tw]) AND (survey[tiab] OR surveys[tiab] OR (overview[tw] OR overview'[tw] OR overview's[tw] OR overview2[tw] OR overviewed[tw] OR overviewer[tw] OR overviewers[tw] OR overviewses[tw] OR overviewing[tw] OR overviewn[tw] OR overviewon[tw] OR overviewpredictive[tw] OR overviewprognostic[tw] OR overviews[tw] OR overviews'[tw] OR overviews''[tw] OR overviewstudy[tw]) OR review[tiab] OR reviews[tiab] OR (search[tw] OR search'[tw] OR search's[tw] OR search010[tw] OR search013[tw] OR search1[tw] OR search5[tw] OR searchability[tw] OR searchable[tw] OR searchableby[tw] OR searchall[tw] OR searchamerica[tw] OR searchand[tw] OR searchback[tw] OR searchbreast[tw] OR searchcoil[tw] OR searchcompare[tw] OR searchdb[tw] OR searchdisease[tw] OR searchdogs[tw] OR searche[tw] OR searcheable[tw] OR searched[tw] OR searched'[tw] OR searched19[tw] OR searchedmedline[tw] OR searchedwas[tw] OR searcheed[tw] OR searchen[tw] OR searcher[tw] OR searcher'[tw] OR searcher's[tw] OR searchers[tw] OR searchers'[tw] OR searches[tw] OR searches'[tw] OR searchescohorts[tw] OR searchfor[tw] OR searchform[tw] OR searchgenes[tw] OR searchgtr[tw] OR searchgui[tw] OR searchhes[tw] OR searchin[tw] OR searchin'[tw] OR searching[tw] OR searching'[tw] OR searchinger[tw] OR searchingfor[tw] OR searchingly[tw] OR searchings[tw] OR searchlight[tw] OR searchlight'[tw] OR searchlights[tw] OR searchlightrade[tw] OR searchline[tw] OR searchlite[tw] OR searchlyte[tw] OR searchmedica[tw] OR searchomyces[tw] OR searchpageeng[tw] OR searchpath[tw] OR searchpaths[tw] OR searchpatterns[tw] OR searchpattool[tw] OR searchpks[tw] OR searchproj[tw] OR searchresult[tw] OR searches[tw] OR searchshowed[tw] OR searchsmallrna[tw] OR searchsnp[tw] OR searchtesv[tw] OR searchtm[tw] OR searchtrade[tw] OR searchtxt[tw] OR searchtype[tw] OR searchwise[tw] OR searchxlinks[tw]) OR handsearch[tw] OR analysis[ti] OR critique[tiab] OR appraisal[tw] OR (reduction[tw] AND ("risk"[MeSH Terms] OR risk[tw]) AND (("death"[MeSH Terms] OR "death"[All Fields]) OR ("recurrence"[MeSH Terms] OR "recurrence"[All Fields]))) AND (literature[tiab] OR articles[tiab] OR publications[tiab] OR publication[tiab] OR bibliography[tiab] OR bibliographies[tiab] OR published[tiab] OR pooled data[tw] OR unpublished[tw] OR citation[tw] OR citations[tw] OR database[tiab] OR internet[tiab] OR textbooks[tiab] OR references[tw] OR scales[tw] OR papers[tw] OR datasets[tw] OR trials[tiab] OR (meta analysis[tw] OR meta analysisis[tw] OR meta analysable[tw] OR meta analysas[tw] OR meta

	analyse[tw] OR meta analysed[tw] OR meta analysei[tw] OR meta analysen[tw] OR meta analyser[tw] OR meta analysers[tw] OR meta analyses[tw] OR meta analysescohort[tw] OR meta analysespublication[tw] OR meta analysestype[tw] OR meta analysi[tw] OR meta analysia[tw] OR meta analysic[tw] OR meta analysing[tw] OR meta analysis[tw] OR meta analysis's[tw] OR meta analysis,[tw] OR meta analysis2[tw] OR meta analysisbone[tw] OR meta analysisdagger[tw] OR meta analyses[tw] OR meta analysisevaluating[tw] OR meta analysisif[tw] OR meta analysisindicated[tw] OR meta analysisintroduction[tw] OR meta analysisjr[tw] OR meta analysismoderate[tw] OR meta analysisof[tw] OR meta analysistrade[tw] OR meta analysisv[tw] OR meta analysisxs[tw] OR meta analyzed[tw] OR meta analyst[tw] OR meta analysticians[tw] OR meta analysts[tw] OR meta analysys[tw] OR meta analytic[tw] OR meta analytical[tw] OR meta analytically[tw] OR meta analytics[tw] OR meta analyzable[tw] OR meta analyze[tw] OR meta analyzed[tw] OR meta analyzes[tw] OR meta analyzing[tw]) OR (clinical[tiab] AND studies[tiab]) OR "treatment outcome"[MeSH Terms] OR treatment outcome[tw] OR pmcbook[All Fields]) NOT (letter[pt] OR newspaper article[pt])
EMBASE	'homeless person'/exp OR 'homeless people' OR 'homeless persons' OR 'street people' AND 'systematic review'/de
Health system evidence	homeless
CRD	(homeless) IN DARE
Web of science	(Tópico: (homeless person OR street people) AND Tópico: (systematic reviews))
Cochrane Library	#1: MeSH descriptor: [Homeless Persons] explode all trees #2: "homeless":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #3: #1 OR #3 #4: MeSH descriptor: [Motivation] explode all trees #5: #3 AND #4

ANEXO D - Instrumento AMSTAR - Assessing the Metodological Quality of Systematic Reviews

1. Was an 'a priori' design provided?

The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

2. Was there duplicate study selection and data extraction?

There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

3. Was a comprehensive literature search performed?

At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?

The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

5. Was a list of studies (included and excluded) provided?

A list of included and excluded studies should be provided.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

6. Were the characteristics of the included studies provided?

In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?

'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?

The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?

For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

10. Was the likelihood of publication bias assessed?

An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

11. Was the conflict of interest stated?

Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

ANEXO E – Comprovante de submissão no periódico Ciência e Saúde Coletiva

12/03/2017

ScholarOne Manuscripts

 Ciência & Saúde Coletiva

[# Home](#)

[# Author](#)

```
javascript:if(isPageCompletelyLoaded()){setDataAndNe  
XIK_CUR_ROLE_ID', 'xik_FCXGq5Z6C Bugzb2XHwaxxn', '
```

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2017-0607

Title
Efetividade de incentivos para aprimorar a adesão a tratamentos e aos desfechos relacionados à saúde na população em situação de rua: overview de revisões sistemática

Authors
Pereira, Ana Carolina
Elias, Flávia
Pereira, Daniella
Silva, Everton

Date Submitted
12-Mar-2017

ANEXO F – Lista de estudos excluídos

Estudo	Motivo da exclusão
Altena, A. M., Brilleslijper-Kater, S. N., & Wolf, J. R. (2010). Effective interventions for homeless youth: A systematic review. <i>American journal of preventive medicine</i> , 38(6), 637-645.	Sem população de interesse
Benston, E. A. (2015). Housing programs for homeless individuals with mental illness: effects on housing and mental health outcomes. <i>Psychiatric Services</i> , 66(8), 806-816.	Sem intervenção de interesse
Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J., & Parker, A. G. (2015). Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. <i>Asia-Pacific Psychiatry</i> .	Não avaliou efeito
Brunette, M., Mueser, K., & Drake, R. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. <i>Drug and alcohol review</i> , 23(4), 471-481.	Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)
Chaulk, C. P., & Kazandjian, V. A. (1998). Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines	Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

Panel. *Jama*, 279(12), 943-948.

de Vet, R., van Luijelaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane Library*.

Sem intervenção de interesse

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 360.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

Giuffrida, A., & Torgerson, D. J. (1997). Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *Bmj*, 315(7110), 703-707.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

Larsen, M., & Nordentoft, M. (2010). Evidence-based treatment of mentally ill

Sem texto completo

homeless persons. *Ugeskrift for laeger*, 172(22), 1669-1675.

Lasalvia, A., Stefani, B., & Ruggeri, M. (2000). Needs for care in psychiatric patients: a systematic review II. Needs for care on individual level. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 9(4), 282-307.

Não avaliou efeito

Lutge, E. E., Wiysonge, C. S., Knight, S. E., & Volmink, J. (2012). Material incentives and enablers in the management of tuberculosis. *The Cochrane Library*.

Revisão sistemática com atualização

McInnes, D. K., Li, A. E., & Hogan, T. P. (2013). Opportunities for engaging low-income, vulnerable populations in health care: a systematic review of homeless persons' access to and use of information technologies. *American journal of public health*, 103(S2), e11-e24.

Não avaliou efeito

Muckle, W., Muckle, J., Welch, V., & Tugwell, P. (2012). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *The Cochrane Library*.

Sem população de interesse

Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of orthopsychiatry*, 77(3), 350-361.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)

- Nkowane, A. M., & Saxena, S. (2004). Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: Review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), 102-110.
- Schumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., Meehan, D. C., Kertesz, S., Vuchinich, R., ... & Usdan, S. (2007). Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham Homeless Cocaine Studies (1990-2006).
- Shortt, S. E. D., Hwang, S., Stuart, H., Bedore, M., Zurba, N., & Darling, M. (2008). Delivering primary care to homeless persons: a policy analysis approach to evaluating the options. *Healthcare Policy*, 4(1).
- Speirs, V., Johnson, M., & Jirojwong, S. (2013). A systematic review of interventions for homeless women. *Journal of clinical nursing*, 22(7-8), 1080-1093.
- Tankimovich, M. (2013). Barriers to and interventions for improved tuberculosis detection and treatment among homeless and immigrant populations: a literature review. *Journal of community health nursing*, 30(2), 83-95.
- Thomas, Y., Gray, M., & McGinty, S. (2011). A systematic review of occupational therapy interventions with homeless people. *Occupational therapy in health*
- Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)
- Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)
- Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)
- Não avaliou efeito
- Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)
- Não avaliava efeito

care, 25(1), 38-53.

Thorley, H., Porter, K., Fleming, C., Jones, T., Kesten, J., Marques, E., ... & Savović, J. (2015). Interventions for preventing or treating malnutrition in problem drinkers who are homeless or vulnerably housed: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 131.

Protocolo de revisão
sistemática

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.

Outro tipo de revisão (da
literatura, narrativa)

Wright, N., & Walker, J. (2006). Homelessness and drug use-a narrative systematic review of interventions to promote sexual health. *AIDS care*, 18(5), 467-478.

Outro tipo de revisão (da
literatura, narrativa)

Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people?. *Br J Gen Pract*, 56(525), 286-293.

Outro tipo de revisão (da
literatura, narrativa)

Larsen, M., & Nordentoft, M. (2010). Evidensbaseret behandling af psykisk syge hjemløse. *Ugeskrift for Laeger*.

Sem intervenção de
interesse

Cowlishaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., & Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 98-105.

Não avaliava efeito

Kisely, S., & Campbell, L. A. (2007). Methodological issues in assessing the evidence for compulsory community treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 51-56.

Outro tipo de revisão (da literatura, narrativa)