

Relato de experiência: projeto piloto “Grupo Saúde na Rua”, uma ferramenta de acolhimento e atendimento itinerante à população idosa em vulnerabilidade social

Experience report: pilot project “Grupo Saúde na Rua”, a tool for hosting and itinerant care for the older people in social vulnerability

DOI:10.34119/bjhrv6n3-066

Recebimento dos originais: 10/04/2023

Aceitação para publicação: 09/05/2023

Ibrahim Clós Mahmud

Doutor em Gerontologia Biomédica

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre - RS, CEP: 90619-900

E-mail: ibrahim_mahmud@hotmail.com

Erick da Rosa Lerner

Graduado em Enfermagem

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre - RS, CEP: 90619-900

E-mail: ericklerner2011@gmail.com

Fernando Rosa de Azambuja

Especialista em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Endereço: Av. Roraima, 1000 Cidade Universitária, Camobi, Santa Maria - RS,
CEP: 97105-900

E-mail: fernandors_azambuja@hotmail.com

Irani Iracema de Lima Argimon

Doutora em Psicologia

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre - RS, CEP: 90619-900

E-mail: argimoni@puers.br

Rodolfo Herberto Schneider

Doutor em Medicina e Ciências da Saúde

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre - RS, CEP: 90619-900

E-mail: rodolfo.schneider@puers.br

RESUMO

A construção de uma sociedade inclusiva exige a mudança de ideias e práticas culturais e é importante, por parte do profissional de saúde, se apropriar delas. A Política Nacional de Atenção Básica, em sua última publicação, traz a importância do acolhimento à população de rua e propõe os consultórios descentralizados, oferecendo uma atenção resolutiva, integral e humanizada. O presente artigo pretende descrever e discutir “Projeto Piloto” implementado para captação de pacientes vulneráveis e recuperação da saúde da comunidade. Trata-se de um

estudo descritivo, tipo relato de experiência. Vivenciado por uma equipe multiprofissional vinculada a uma equipe de saúde da família de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. Os encontros foram realizados entre setembro de 2021 até abril de 2022. Foram atendidos 16 usuários em situação de vulnerabilidade em um total de 4 momentos. A população tinha idade entre 52 e 91 anos (média de 63 anos) e 81% (13) deles eram homens e 19% (3) mulheres. Percebeu-se receptividade da comunidade e dos usuários atendidos, além de importante motivação da equipe envolvida. O processo de acolhimento dos usuários mostrou-se eficiente na construção do vínculo com a rede, criando espaços de educação em saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde do idoso, vulnerabilidade social, atenção à saúde, medicina de família e comunidade, saúde pública.

ABSTRACT

Building an inclusive society requires changing cultural ideas and practices, and it is important for health professionals to take ownership of them. The National Primary Care Policy, in its latest publication, highlights the importance of welcoming the homeless population and proposes decentralized clinics, offering resolute, integral and humanized care. This article intends to describe and discuss the “Pilot Project” implemented to capture vulnerable patients and recover the health of the community. This is a descriptive, experience report type study. Experienced by a multidisciplinary team linked to a family health team in a city in the Metropolitan Region of Porto Alegre, RS. The meetings were held between September 2021 and April 2022. 16 vulnerable users were assisted in a total of 4 moments. The population was aged between 52 and 91 years (mean 63 years) and 81% (13) of them were men and 19% (3) women. Receptiveness from the community and users served was noticed, as well as important motivation of the team involved. The user reception process proved to be efficient in building the link with the network, creating spaces for health education.

Keywords: primary health care, health of the elderly, social vulnerability, delivery of health care, family practice, public health.

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica brasileira apresenta características próprias e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Com isso, grandes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país vêm emergindo, gerando demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas estratégias de cuidado.^{1,2}

Alguns grupos sociais, de maneira mais frequente, sofrem danos físicos e/ou morais, quer em razão de sua fragilidade física, quer em virtude das condições sociais, econômicas, culturais ou ambientais em que vivem. A população idosa entra nesse grupo, estando em situação de vulnerabilidade para diversas doenças e condições de saúde.³ A Política Nacional de Atenção Básica⁴, em sua última publicação, traz a importância do acolhimento à população de rua e consigo propõe os consultórios descentralizados, onde os profissionais vão até o

paciente, visando ampliar o acesso da população de rua e/ou em condições de extrema vulnerabilidade, ofertando uma atenção resolutiva, integral e humanizada.

Com o início da pandemia do coronavírus no Brasil, em 2020, a Atenção Primária à Saúde (APS) se reorganizou de maneira que o acesso aos pacientes com sintomas respiratórios fosse ampliado. Dentre outros grupos, os pacientes idosos em condições de vulnerabilidade se distanciaram das unidades de saúde, tanto por medo quanto pela própria orientação dos profissionais.⁵

No cenário atual, a APS deve retomar as ações de promoção da saúde e prevenção, individuais e coletivas, priorizando o cuidado longitudinal do indivíduo e de sua comunidade, tendo como objetivos a recuperação da saúde da comunidade, a interlocução com outros setores da Rede de Atenção à Saúde (RAS), captação dos pacientes dos grupos vulneráveis e o fortalecimento do vínculo usuário-comunidade-profissionais de saúde.

O presente artigo pretende descrever e discutir “Projeto Piloto” implementado para captação de pacientes vulneráveis e recuperação da saúde da comunidade. Focado nos atributos da APS e no cuidado multiprofissional, através da experiência de uma equipe de saúde da família de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 MÉTODOS

O seguinte artigo trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado conforme diretrizes da *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)*⁶. Vivenciado por uma equipe multiprofissional vinculada a uma equipe de saúde da família de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS.

O Grupo Saúde na Rua é uma proposta de atendimento multidisciplinar itinerante à população em vulnerabilidade social, que propõe a captação de usuários do serviço, integrando-os com a RAS, e a recuperação da saúde da comunidade como objetivos centrais.

O projeto foi elaborado entre junho e julho de 2021, envolvendo discussões com toda a equipe durante sua construção. Em agosto, foi enviado para apreciação da Secretaria Municipal de Saúde - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e apresentado para a Secretaria de Assistência Social. Aprovado no final de agosto, teve seu início em Setembro de 2021. Executado em uma única equipe de saúde da família, chamada de “unidade piloto”, visando análise dos resultados do projeto e posterior expansão para todo município. Optou-se pela equipe de saúde da família pertencente aos próprios proponentes do projeto.

O projeto propôs encontros/atendimentos em domicílio, ruas, praças, bares ou centro comunitários da comunidade. Em um primeiro momento, as Agentes Comunitárias de Saúde

(ACS) realizavam o levantamento dos usuários que entravam no critério elegibilidade do projeto e listavam até no máximo seis por encontro.

Critérios de elegibilidade: a) pacientes com 50 anos ou mais; b) não comparecimento em consulta médica ou de enfermagem na unidade nos últimos 24 meses; c) pacientes que as ACS agendaram consulta, neste mesmo período, porém não compareceram; d) paciente não acamado ou domiciliado (pois já estariam na lista de Atendimento Domiciliar da unidade de saúde); e) ter cadastro na área da Estratégia de Saúde da Família em questão.

Os encontros foram realizados nas segundas sextas-feiras em meses intercalados, no turno da manhã. Cada encontro foi organizado em locais previamente combinados, sendo ele na rua ou nas casas dos usuários dispostos a auxiliar no desenvolvimento do projeto e que residissem em regiões com população em situação de rua e/ou vulnerabilidade extrema. Foi oferecido atendimento médico; de enfermagem; realização de Teste Rápido para detecção de Infecção Sexualmente Transmissível (IST); oferta de preservativos; aferição de sinais vitais; avaliação de feridas e curativos; avaliação de situação vacinal; avaliação odontológica; escuta ativa; e orientações socioeducativas de promoção e prevenção. Além de acolher os pacientes e colocar à disposição outros serviços da rede de atenção à saúde do município, como os Serviços de Assistência Social e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O objetivo inicial foi realizar abordagem dos pacientes com 60 anos ou mais, visto ser o público que mais se isolou durante a pandemia. Porém, optamos pela inclusão de pacientes a partir dos 50 anos, visando ampliar nossa atuação com grupos vulneráveis, que acabam vivenciando um envelhecimento precoce.

Em cada encontro participaram: 01 Médico de Família e Comunidade, 01 Cirurgião Dentista, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem e o ACS da micro área correspondente. Os recursos físicos e utensílios utilizados foram: carro da prefeitura para locomoção no território, folha A4, canetas, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, receituários, lanterna, glicosímetro com fitas, oxímetro, kit para realizar testes rápidos de IST, preservativos masculinos e femininos, luvas, instrumentais odontológicos, escovas de dente e vacinas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os encontros foram realizados entre Setembro de 2021 até Abril de 2022. Foram atendidos 16 usuários em situação de vulnerabilidade em um total de 4 momentos. A população tinha idade entre 52 e 91 anos (média de 63 anos) e 81% (13) deles eram homens e 19% (3) mulheres.

Referente às condições de saúde mais prevalentes identificadas: hipertensão arterial sistêmica em 36% (5) dos pacientes, Etilismo e Tabagismo com 29% (4), além de outras patologias como uso de drogas ilícitas, diabetes mellitus, micoses, entre outras. Ocorreram dois diagnósticos novos de infecção pelo HIV e Sífilis em pacientes de 64 e 61 anos respectivamente.

Também foram identificadas duas condições de negligência / violência, e ainda um morador de rua. A saúde mental foi outro tópico abordado com os pacientes, sendo identificados casos de esquizofrenia, transtorno de humor depressivo, retardo mental e também um paciente com síndrome demencial.

Durante os atendimentos foram realizados 14 kits de teste rápido, aplicação de 12 vacinas (COVID-19); Influenza; Hepatite B e Febre Amarela) e 14 avaliações odontológicas com identificação de dois pacientes com lesões suspeitas de neoplasias, além de outras patologias bucais. Foram distribuídos preservativos masculinos e femininos e realizada orientações sobre saúde sexual, alimentação saudável e incentivo à realização de exercício físico.

Durante os atendimentos, os profissionais assumiram o papel de atores do processo de ensino em saúde, promovendo aproximação e vinculação dos pacientes mais vulneráveis e em situação de rua à unidade de saúde, promovendo ações preventivas nessas microrregiões de mais difícil acesso.

Alcançou-se importante adesão da comunidade nessas ações, promovendo também o engajamento e surgimento de potenciais líderes comunitários que possam trabalhar em conjunto com a equipe. E ainda, após identificação de dois casos de negligência/violência a idosos, o Serviço de Assistência Social atuou em conjunto, a fim de acompanhar os casos de maneira complementar à equipe.

4 O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO ATOR SOCIAL

A atuação do Médico de Família e Comunidade (MFC) vai muito além dos atendimentos em consultório, esse profissional constantemente se adapta aos espaços oferecidos e qualquer ambiente se transforma em local terapêutico. E ainda, no contexto da APS, esse profissional assume papel de ator social dentro da comunidade onde está inserido. Onde o médico ainda é visto (e por vezes “avaliado”) como exemplo, líder, referência, importante condutor de ideias e ações por parte de sua equipe e pacientes.⁷

No contexto do “Grupo Saúde na Rua”, é possível observar a relevância com que a comunidade recebe os profissionais e promove um acolhimento à equipe. Esse movimento de aproximação com a comunidade vulnerável permite com que os profissionais explorem,

entendam e percebam os atributos derivados da APS na prática (competência cultural, orientação familiar e comunitária).⁸ A seguinte experiência promoveu acesso aos pacientes, proporcionando atendimento médico integral e fortalecimento do vínculo médico-paciente.⁹ Ressalta-se que a partir dessa iniciativa, houve a identificação de dois casos de negligência / violência à idosos, bem como dois diagnósticos de ISTs.

Ainda, cabe ao MFC dominar a habilidade de comunicação, permitindo uma fala acolhedora e capaz de transmitir a informação sem julgamentos. Uma fala que aproxime a população do profissional e que seja capaz de promover uma abordagem centrada na pessoa.¹⁰ A equipe em questão realizou avaliação com idosos vulneráveis, grupo esse onde a comunicação alcança uma importância ainda maior, visto que a deficiência ou incapacidade comunicativa é mais prevalente. O médico deve complementar e guiar o paciente durante sua anamnese, bem como adaptar a maneira de transmitir a informação para cada situação.¹¹

5 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Durante os atendimentos descentralizados, a equipe de enfermagem desempenha ações de engajamento desta população com a Unidade de Saúde da Família (USF). Captando, acolhendo e demonstrando aos usuários a relevância da longitudinalidade do cuidado centrado no indivíduo, de forma a reduzir os indicadores dos agravos em saúde pública e das internações por condições sensíveis à APS. Estas, oneram o sistema terciário de saúde e demonstram necessidade de maior aporte na educação em saúde à população, papel desempenhado pela USF através dos programas ministeriais de prevenção e promoção. Muitas vezes, os usuários atendidos pelo projeto apenas realizam acompanhamentos periódicos em serviços especializados, a exemplo do tratamento de HIV ou ainda recorrem aos serviços de urgência (Pronto Atendimento/Hospital), geralmente após a exacerbação de sintomatologias, agravos em saúde ou simplesmente pela “garantia” de atendimento com profissional médico.^{1, 9, 11, 12}

Identificou-se que, mesmo não acessando a ESF, os indivíduos mantiveram, minimamente, os cuidados de prevenção em saúde como o esquema vacinal de difteria e tétano (dT / dupla adulto) em vigência. Fato que corrobora a busca por unidades de Pronto Atendimento onde é ofertada esta vacina em casos de acidentes decorrentes de perfurocortantes.¹³ Percebe-se, a manutenção da prevenção primária no cotidiano mesmo daqueles que não acessam à APS, demonstrando a efetividade das ações de educação em saúde do território realizadas pelos profissionais da saúde.^{4, 11, 12, 14}

Quanto às orientações sobre saúde da mulher, o enfermeiro propõe realização do exame clínico das mamas, orientando a realização dos exames ginecológicos, bem como, estimulando

o autoexame mamário. Explica-se à paciente, os sinais e sintomas de alarme e a importância de seguimento para triagem, uma vez que, em 2018 no Brasil, ocorreram mais de 17.000 mortes associadas ao câncer de mama e no ano de 2020 estima-se 66.000 novos casos.¹⁵

Aproveita-se o momento de acolhida da população, para a realização dos testes para ISTs e o aconselhamento, conforme a exposição. Ainda, inspeciona-se a pele em busca de lesões que necessitem intervenção, identificando problemas, estabelecendo intervenções e metas de cuidado junto ao idoso e sua rede de apoio.^{4, 11}

O profissional de nível técnico atua na APS de maneira menos tecnicista, quando comparado à atenção terciária onde, geralmente, é o enfoque de sua formação. A ele cabem os procedimentos como aplicação de vacinas e medicamentos injetáveis, aferição dos sinais vitais e gerenciamento do material de campo, porém nos atendimentos à população em vulnerabilidade, como deste projeto, emprega-se a escuta ativa qualificada e avaliação multidisciplinar do usuário, valorizando sua visão do paciente, complementando a equipe.^{11, 16}

Se faz necessário que a enfermagem realize articulações entre os serviços municipais e o usuário, em linguagem acessível, para lhe orientar acerca dos encaminhamentos, prescrições e receituários (quando necessário seu uso) além dos cuidados de promoção e prevenção em saúde propostos pela equipe de atendimento, fomentando e estabelecendo vínculos entre as partes, efetivando a multidisciplinaridade.^{9, 11, 12, 14, 16}

6 A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA: EXPLORANDO ESPAÇOS ALÉM DO CONSULTÓRIO

O cirurgião-dentista, enquanto parte integrante da equipe de saúde da família, desempenha papel importante no contexto acerca da detecção de inúmeras injúrias bucais e lesões potencialmente danosas à saúde de toda a população. Nesse sentido, é de suma importância que ele esteja inserido no atendimento aos usuários mais vulneráveis, e participe ativamente na conscientização da população sobre a prevenção das doenças bucais mais relevantes e da necessidade de comparecer regularmente ao dentista.¹⁷

Neste projeto, buscou-se contribuir no incremento da promoção e prevenção da saúde bucal dos indivíduos incapacitados de comparecimento à ESF, por intermédio da motivação, educação e diagnóstico de doenças bucais. Tais indivíduos encontravam-se incapacitados por razões diversas, como limitações físicas, psíquicas (dependentes químicos), motoras, sequelas de enfermidades e pela idade avançada.¹⁸

Constatou-se que a maioria dos pacientes apresentava inúmeros agravos e necessidades urgentes para intervenção odontológica, tais como: exodontias, cáries, lesões bucais e

periodontites agudas e crônicas. Após as avaliações, foram agendadas consultas de retorno ao consultório para execução dos procedimentos bucais necessários. Até o presente momento, foi constatada adesão de cerca de 50% ao retorno para consulta odontológica agendada, sendo possível executar uma grande gama de procedimentos que irão refletir em uma melhor saúde bucal e benefícios duradouros para os pacientes.^{17, 18}

7 CONCLUSÃO

Evidenciou-se grande receptividade por parte da comunidade, equipe do projeto e usuários atendidos. O processo de acolhimento e captação dos usuários em situação de vulnerabilidade mostrou-se eficiente na construção do vínculo com a rede, oportunizando importante espaço de educação popular.

Ficou evidente a importância da necessidade de ampliação do acesso de grupos vulneráveis à APS, bem como da relevância dos profissionais se apropriarem das características da comunidade onde estão inseridos. Se faz necessária a expansão desses serviços às unidades de saúde que evidenciam grupos vulneráveis em seu território, além de ampliar o projeto para o público de outras idades.

Para tanto, faz-se imprescindível aos profissionais despir-se dos preconceitos e estigmas ao acolher estes indivíduos em todos os níveis de atenção, bem como nos atendimentos itinerantes como é a proposta do presente trabalho, permeando os princípios do SUS de equidade e universalidade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e/ou delineamento do estudo: Mahmud IC, Lerner ER, Azambuja FR, Argimon IIL e Schneider RH. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Mahmud IC, Lerner ER e Azambuja FR. Redação preliminar: Mahmud IC, Lerner ER e Azambuja FR. Revisão crítica da versão preliminar: Schneider RH e Argimon IIL.

Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a todos os profissionais integrantes do projeto e incentivadores.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva KF, Pucci VR, Weiller TH, Mayer BLD, Concatto MEP. O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev. APS.* 2018; (21(1):122-33. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15911>.
- 2 Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(1): 46-57. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a06>.
- 3 Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso*. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017; 26(2):305-17. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200008>.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 5 Silva AGS, Santos AL, Morais WR, Fernandes WV, Cunha CS, Jesus ML, et al. O enfrentamento da COVID-19 em um território da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2022;17(44):2666. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2666](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2666).
- 6 Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg.* 2016; 222:317-23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>.
- 7 Cavalli LO, Rizzotto MLF. Formação dos Médicos que Atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. *Rev. bras. educ. med.* 2018; 42(1): 31-9. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170023>.
- 8 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 9 Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate.* 2018; 42(1): 361-78. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.
- 10 Armesto LM, Alonso TR, Mutran TJ. Habilidades de comunicação na perspectiva da formação discente em saúde: uma revisão bibliográfica (aula a aula). *Rease [Internet].* 2021; 7(11):1107-22. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i11.3150>.

11 Mahmud IC, Kowalski CV, Lavagnini BT, Schutz KL, Stobaus CD, Terra NL. The multidisciplinary on the home visit with elderly: the look of Nursing, Medicine and Psychology. PAJAR. 2018; 6(2):72-84. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>.

12 Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, Oliveira PS, Santos KS, Fortuna CM. Homeless people: health aspects and experiences with health services. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190200. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

13 SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários vacinais [Internet].2022. <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>

14 Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 1):684-92. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health]. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>

15 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama [Internet]. 2021. <https://www.inca.gov.br/mama>

16 Pereira AGC, Gomes ID, Abreu LDP, Basilio FRF, Magalhães RM, Moreira FJF, Castro FM, Santos ML, Matos FB, Sampaio JV. The silence which screams in the center: a look at living with the population in the street situation. Cadernos Esp Ceará. 2019;13(1):83 - 93. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/172/166>

17 Bizerril DO, Saldanha K de GH, Silva JP da, Almeida JR de S, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(37):1-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020)

18 Batista NM, Rocha ITF, Bonfante GM da S. Visita domiciliar como estratégia de construção do valor saúde bucal. Arq bras odontol. 2019;14(2):12-5. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/21420>