

Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão

Oral health and clinic on the street: access as central issue of the discussion

Lílea Marianne Albuquerque Silva¹, Ive da Silva Monteiro²,
Ana Beatriz Vasconcelos Lima de Araújo²

Resumo

Introdução: Há uma grande demanda de saúde bucal por parte da população em situação de rua (PSR). **Objetivo:** Este estudo objetivou analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal dessa população no Distrito Sanitário I do município do Recife. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 7 moradores de rua, 4 trabalhadores do Consultório na Rua (CnaR) e 12 cirurgiões-dentistas da atenção básica, analisadas, em seguida, de acordo com o método de análise de conteúdo. **Resultados:** Dentre as principais necessidades de saúde bucal, foi relevante o apontamento do acesso ao atendimento clínico odontológico por todos os atores, sendo ele também referenciado como dificuldade e solução para o atendimento da PSR. A adesão ao tratamento foi citada como dificuldade pelos cirurgiões-dentistas. Entretanto, essa citação demonstrou possivelmente ser reflexo tanto de preconceito como de acolhimento precário na consulta odontológica, conforme denunciado pelos trabalhadores do CnaR e moradores de rua. **Conclusão:** Faz-se necessário fortalecer as equipes de saúde bucal e do CnaR por meio de educação permanente, de tal modo que o acesso a ações em serviços de saúde bucal para o morador de rua seja efetivado.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; saúde bucal; pessoas em situação de rua.

Abstract

Background: There is a massive demand for oral health by homeless individuals. **Objective:** The objective of this study was to analyze the main needs and difficulties related to oral health care among homeless individuals of Recife's Distrito Sanitário I. **Method:** This is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach. Semi-structured interviews were held with 7 homeless individuals, 4 workers of the clinic on the street (Consultório na Rua - CnaR) and 12 primary care dentists. Subsequently, they were analyzed according to the content analysis method. **Results:** Among the principal oral health needs, all individuals highlighted the lack and need of access to dental care by the homeless population. Adherence to treatment was cited by the dentists as a difficulty. However, this showed that it may be the result of dentist's prejudice or lack of ability to receive patients in the dental consultation, as denounced by CnaR workers and homeless individuals. **Conclusion:** It is necessary to strengthen oral health teams and CnaR by permanent education, thus ensuring that actions and access to the oral health services for homeless individuals is effective.

Keywords: health services accessibility; oral health; homeless individuals.

¹Secretaria Municipal Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Recife (PE), Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Recife - Recife (PE), Brasil.

Trabalho realizado na Secretaria Municipal de Saúde do Recife - Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Ive da Silva Monteiro - Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Recife, Rua Alfredo de Medeiros, 71 - Espinheiro - CEP: 52021-030 - Recife (PE), Brasil - Email: ivemonteiro@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

Várias situações podem conduzir os indivíduos às ruas, além da pobreza, como aquelas relacionadas a problemas familiares por atitudes violentas e hostilidades¹. Imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico constituem uma enorme gama de pessoas vivendo o cotidiano desses espaços. Ressalta-se, ainda, os “trecheiros” (pessoas que transitam de uma cidade a outra, na maioria das vezes, caminhando a pé pelas estradas, pedindo carona ou se deslocando com passes de viagem concedidos por entidades assistenciais). Em comum, possuem a característica de estabelecer no espaço público da rua seu palco para as relações privadas, o que as caracteriza como “população em situação de rua” (PSR)².

A PSR é constituída por pessoas que, em sua maioria, não são percebidas por quem passa por elas, ou são devidamente ignoradas devido à sua condição de inutilidade social. São invisíveis, porém incomodam¹. Então, faz-se importante reconhecer esse grupo como existente na sociedade e, por isso, detentor de direitos.

Nesse sentido, a Política Nacional da População de Rua apresenta, dentre suas diretrizes, a implementação de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e o sistema de garantia e promoção de direitos, entre outras, de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua. Ademais, a referida Política também engloba o incentivo à formação e à capacitação de profissionais para atuação na rede de proteção às pessoas em situação de rua e a promoção de ações educativas permanentes para a sociedade².

Considerando, ainda, que, de acordo com a Constituição Federal de 1988³, em seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, faz-se necessário o desenvolvimento de ações para todos os cidadãos, dentre eles os moradores de rua, contemplando dessa forma a proposta de universalidade do SUS.

Além disso, destaca-se o princípio da equidade, que tem sido tema central em vários debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental, apresentando como ponto de partida o reconhecimento da desigualdade injusta entre as pessoas e os grupos sociais que deve ser superada. Na saúde, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdade diante do adoecer e morrer, necessitando-se, então, reconhecer a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais igualitária para todos⁴. Em relação à PSR, deve ser considerada a necessidade de

criação de modelos específicos e ações adequadas de atenção a esse grupo, nas quais o acolhimento torna-se uma questão central. De tal maneira, para os serviços de saúde, torna-se um desafio operacionalizar tecnologias voltadas ao atendimento das necessidades desse grupo que, integradas a outras demandas, contemplem o conceito de equidade⁵.

Por conseguinte, cada vez mais as políticas direcionadas a grupos específicos vêm se fortalecendo e, em relação às PSR, no âmbito do SUS, surgiram os Consultórios na Rua (CnaRua), instituídos pelo Ministério da Saúde sob a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que transferiu para a atenção básica o atendimento à essa população⁶. Assim, em consonância com os princípios e diretrizes dos Consultórios de Rua anteriormente existentes, voltados especificamente e somente para a abordagem dos usuários de drogas, o CnaRua insere-se em um espaço de atuação mais amplo, numa tentativa de ir além do modelo da doença, assim como busca envolver um trabalho conjunto com a comunidade e vários segmentos sociais¹.

Diante desse contexto de amplitude de atenção aos moradores de rua, a odontologia vem se inserir no quadro de atendimento a esse grupo, com vistas a garantir uma atenção integral, contribuindo para que ele acesse de forma equânime ações de saúde bucal e reinserção social, envolvendo desde atividades de promoção à saúde a intervenções assistenciais.

Nesse sentido, tratando-se do CnaR, ressalta-se que já existe previsão legal, na portaria supracitada, da possível inclusão do técnico em saúde bucal (TSB) nas suas equipes, desde que supervisionado pelo cirurgião-dentista da unidade básica, devendo este utilizar, quando necessário, as instalações das unidades básicas de saúde dos territórios⁶. No entanto, embora haja essa previsão legal e se suponha uma significativa demanda de saúde bucal nessa população do Recife, a modalidade pela qual são formadas as equipes no município ainda não possuem nenhum profissional da odontologia.

Além do mais, os poucos artigos publicados confirmam uma forte demanda em saúde bucal na PSR⁷⁻¹² e destacam a escassez de ações nessa área, dificultando o alcance da equidade no atendimento a esse grupo nas unidades básicas de saúde, fazendo com que a assistência à PSR se restrinja essencialmente a serviços de urgência/emergência^{13,14}, não contemplando, desse modo, a integralidade da atenção.

Portanto, reconhecendo essa demanda de saúde bucal e a importância do CnaR e de seu delineamento dentro do município do Recife, o presente estudo objetivou analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal da PSR do Distrito Sanitário I do município do Recife, segundo a percepção dos diferentes atores envolvidos na problemática – moradores de rua, profissionais do CnaR e cirurgiões-dentistas da atenção básica.

MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, buscando-se uma melhor apreensão do “significado” e da “intencionalidade” contidos na problemática investigada¹⁵.

Considerando que o Recife é coberto por duas equipes de CnaR, sendo uma delas lotada no Distrito Sanitário I, escolheu-se como local do estudo esse distrito por ser uma área central de intenso comércio e circulação de pessoas e bastante povoada por moradores de rua.

O universo do estudo foi constituído por três grupos: equipe de trabalhadores do CnaR do Distrito Sanitário I, por trabalhar diretamente e apresentar vínculo com a PSR; cirurgiões-dentistas da atenção básica do referido distrito, por serem eles os principais demandados nos casos de assistência e promoção à saúde bucal dessa população; e moradores de rua dessa área. Por sua vez, uma amostra de conveniência foi adotada, sendo ela composta por 4 trabalhadores do CnaR, 10 cirurgiões-dentistas de unidades de saúde da família (USF), 4 cirurgiões-dentistas de unidades tradicionais (dos quais 2 se recusaram a participar) e 7 moradores de rua. Foram realizadas entrevistas com esses atores sociais no período de dezembro de 2015 a abril de 2016, sendo as letras C, D e M usadas no fim das transcrições das falas para identificar a qual desses grupos eles pertencem, respectivamente.

Na coleta de dados, utilizaram-se roteiros abertos para realização das entrevistas, as quais foram gravadas e depois transcritas e analisadas, segundo o método de análise de conteúdo que, de acordo com Cavalcante et al.¹⁶, é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não), permitindo a realização de inferência de conhecimentos, além da descrição das mensagens e atitudes atreladas ao contexto da comunicação. Desse modo, a análise do conteúdo aqui realizada obedeceu aos seguintes passos:

1. Ordenação dos dados - todo o material coletado nas entrevistas foi minuciosamente transcrito e fragmentos das falas, que permitissem a elaboração de uma síntese das entrevistas, foram selecionados;
2. Classificação dos dados - a partir dos fragmentos das falas selecionados, elaborou-se uma categorização de eixos temáticos para análise dos dados, identificando convergências, divergências e complementaridades. Foram destacados três eixos temáticos para análise do estudo: acesso, acolhimento e preconceito; sendo o primeiro deles escolhido como tema central para a discussão;
3. Análise final - realizou-se a interpretação dos resultados após seleção das falas mais representativas e, guardando a confidencialidade dos entrevistados, a transcrição de algumas expressões foi feita com o objetivo de subsidiar a análise dos resultados.

O presente estudo foi realizado em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷, sendo aceito e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Fernando Figueira - IMIP sob nº de processo 4660-15, tendo todos os

indivíduos que participaram da pesquisa assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes de fornecerem os dados requeridos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A garantia do acesso aos serviços de saúde tem sido uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios dos gestores do SUS, uma vez que deve ser analisada sob o ponto de vista geográfico, econômico, organizacional e sociocultural. Logo, em relação a grupos como os da PSR, esse desafio torna-se ainda maior¹⁸.

O presente estudo identificou o acesso às ações de saúde bucal como dimensão central nos resultados encontrados, uma vez que ele foi destacado por todos os atores indagados na pesquisa em todos os aspectos questionados. Diante desse contexto, os resultados e discussões são apresentados em três sub tópicos, baseados nesses três núcleos de abordagem: Acesso como necessidade; Acesso como dificuldade; e Acesso como solução.

Acesso como necessidade

A necessidade de acesso foi evidenciada nas falas de todos os entrevistados por meio do reconhecimento da demanda por consulta odontológica e identificação de que os moradores de rua apresentam uma variedade de queixas clínicas, destacando-se a dor de dente, necessidade de extrações de restos radiculares e de reabilitação oral por meio de instalação de próteses dentárias. Isso corrobora com os dados encontrados por Carneiro et al.¹⁹ que verificaram alta demanda reprimida em saúde bucal nessa população.

[...] há muita necessidade de saúde bucal para os moradores de rua! [...] A maioria é para extrair! Pouquíssima obturação, porque a maioria dos dentes tá tudo estragado [...] (C4).

A principal necessidade seria limpeza de canal, extração, cáries dentárias [...] é que a gente quer marcar uma ficha e não encontra! Fica faltando os dentistas, que é o principal [...] (M7).

Vale destacar que a necessidade de acesso a ações preventivas como escovação supervisionada e atividades de educação em saúde também foram apontadas, principalmente pelos profissionais entrevistados.

[...] que eles possam ser vistos também pela prevenção... por todo um processo... A gente precisa tá constantemente conversando... não seria palestra não, mas diálogo permanente... mais focado na saúde bucal [...] (C1).

Tal olhar alinha-se com a mudança de paradigma da atenção à saúde, que tem enfatizado o papel das ações de promoção e prevenção para maior efetividade do cuidado. Assim, o fato de esse destaque ter sido realizado pelos profissionais pode ser interpretado como um fator positivo.

Considerando, ainda, que a PSR historicamente tem sido negligenciada, ela geralmente descuida de sua higiene pessoal

e perde a autoestima, em consequência da sua própria maneira de viver, acentuando ainda mais sua exclusão da sociedade⁵. Tal situação pode ser retratada em relatos como o descrito abaixo:

Eu fico até com vergonha de correr atrás dos meus objetivos porque a situação precária dos meus dentes [...] Porque se eu tivesse com os meus dentes completos, eu já tava caindo em campo. Campo é o que? Falar com o patrão: arrume um serviço aí para mim! Porque muitas firmas só aceitam a pessoa que tem que fazer uns exames... esses negócios...aí não vai aceitar a pessoa assim nunca! [...] A doutora mesmo me chamou para trabalhar de zelador, só não fiquei no trabalho por causa dos dentes, carteira assinada e tudo; ganhando um salário, passagem e almoço [...] Eu já tinha saído daqui mesmo! Oxe! Se organiza mesmo! (M1).

Diante do exposto, fica evidente a importância da saúde bucal para os moradores de rua e impacto social que o acesso a uma reabilitação oral pode trazer-lhes, assinalando como o profissional de saúde bucal é um potencial agente redutor de dano e promotor de saúde, uma vez que, através do sorriso saudável, as pessoas podem ter sua autoestima recuperada e se sentirem mais motivadas para ir em busca de seus objetivos.

Acesso como dificuldade

Embora o acesso universal à saúde seja um direito constitucional, para a PSR ainda persistem barreiras para o acesso e cuidado à saúde, contrariando também o preceito da equidade²⁰. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a PSR²¹, 18,4% de pessoas nessa situação já passaram por experiências de impedimento para receber atendimento na rede de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo identificou a falta de acesso às ações de saúde bucal decorrente de muitas barreiras existentes, o que faz os profissionais do CnaR considerarem o acesso ao serviço inexistente para os seus usuários.

A gente tem um dentista... que eram umas 3 vagas por semana, mas começamos a ter problemas e a gente não abriu mais espaço para isso. E meio que parou... Eu considero inexistente o acesso! Isso é mais do que insatisfatório! (C2).

[...] dentista aqui é muito difícil! A gente consegue encaminhar qualquer morador de rua para qualquer outra situação de saúde, menos dentária! Muito difícil! Muito difícil! [...] mas acesso nenhum! (C4).

Destaca-se que, apesar de os trabalhadores do CnaR terem relatado a existência de uma porta de entrada na atenção básica para o cirurgião-dentista, com separação de vagas exclusivas para os moradores de rua numa unidade básica tradicional, esta se extinguiu pela forma como o cirurgião-dentista conduziu o acolhimento desses usuários.

O doutor passou a exigir alguns exames para todos os pacientes [PSR]. E aí foi outra dificuldade, mas ele está disponível [...] Então, as dificuldades são essas: precisar esperar com o paciente, solicitação de exames e demora mais ainda para marcá-los (C1).

Atitudes assim corroboram com achados da literatura que afirmam que os serviços e profissionais da saúde têm muita resistência e pouca experiência para acolher e atender às

necessidades da PSR^{5,13}. Inclusive, essa conduta foi vista com desconfiança, pelos trabalhadores do CnaR, uma vez que foi imposta uma restrição ao atendimento da PSR, o que pode representar preconceito contra essa população e consequente afastamento dela do serviço, conforme relatos adiante:

[...] Não deveria achar que ele pode vir sozinho, porque a gente nunca sabe, né? A mente... o paciente pode tá tranquilo hoje, mas daqui a 15 dias... um mês pode vir sob efeito de drogas e acontecer de não aceitar o tratamento [...] (D6).

A gente tentou um fluxo minimamente com um dentista, só que acabou travando em algumas burocracias de atendimento, que a gente percebia que não era com todos, pois a gente percebia que era algo bem específico com aquela população [...] Acabou fazendo com que a população de rua se afastasse (C3).

Tais achados convergem com o encontrado em outros estudos que indicam a existência de discriminação contra essa população^{5,13,14,19,20,22}. Além disso, nessa pesquisa, dois cirurgiões-dentistas de unidades básicas tradicionais se recusaram a participar, justamente por se tratar da temática de PSR. E, mesmo entre os profissionais da USF, identificaram-se muitos discursos estereotipados, uma vez que atribuíram características pessoais ou motivos idênticos a qualquer morador de rua, sem considerar as variações individuais existentes²³. Surgiram referências aos moradores de rua como “usuários de drogas”, “fugitivos”, “revoltados”, “de difícil abordagem”, “imediatistas”, “desconhecedores de seu estado de saúde”, “necessitados só de tratamentos complexos”, “confusos com horários”, “sem possibilidade de higienização e manutenção de sua saúde nas ruas”, entre outros rótulos.

A cristalização e a naturalização desses estigmas podem reforçar substancialmente o distanciamento e as diferenciações entre os grupos, recaindo diretamente em classificações que acabam por produzir rotulações distorcidas da realidade, facilmente compartilhadas e aceitas sem cautela ou sem debate¹³. Isso se torna ainda mais preocupante quando esses estigmas começam a ser as causas de atitudes preconceituosas, visto que o preconceito parece estar baseado em um círculo vicioso: ele causa tipos particulares de atribuições negativas que, por sua vez, intensificam o preconceito²³.

Diante do exposto, a presunção da não adesão ao tratamento e do desconhecimento do histórico de saúde por parte dos moradores de rua, também identificados nas falas dos cirurgiões-dentistas quando solicitados a citar dificuldades em atender a PSR, podem representar rótulos, uma vez que, de acordo com Silva²³, antecipam a percepção dos comportamentos dos indivíduos de rua atrelada aos estereótipos construídos para eles.

Tais rótulos podem ser a causa de resistência em acolher a PSR, pois os cirurgiões-dentistas acham que moradores de rua são incapazes de serem motivados, desenvolverem autonomia e atitudes de autocuidado, dificultando retorno

às consultas. Ou seja, os estigmas geram rótulos, que geram atitudes preconceituosas, bem como um precário acolhimento, terminando por afastar esse público, o que só pode confirmar o rótulo criado, a exemplo da “falta de adesão”. Além do mais, esses rótulos, ao dificultarem o acesso da PSR aos cuidados de saúde, podem justificar a habitualidade e naturalidade da prestação de atendimentos de urgências para essa população^{13,14}.

[...] *Eu acho que a grande dificuldade é conseguir a adesão desse perfil de paciente à atenção, à assistência odontológica... Então, essa adesão ao tratamento seria uma grande dificuldade... você pode iniciar, mas e a continuidade?* (D1).

[...] *será sempre um tratamento pontual, uma coisa curativa, uma coisa emergencial... e você nunca ia conseguir dar uma continuidade ao tratamento* (D4).

[...] *tirar um dente é muita responsabilidade, pois você não conhece o histórico dessa criatura. Você não sabe as doenças que ele tem. Você não sabe de nada! Então, eu acho que é muito difícil para o profissional, porque a gente não tem cobertura* [...] (D5).

Vale ressaltar que essa discriminação e consequente acolhimento precário por parte dos cirurgiões-dentistas é sentido tanto pela equipe do CnaR como pelos próprios moradores de rua, os quais enfrentam muita dificuldade em acessar o tratamento odontológico, conforme expresso a seguir:

Eu acho que os moradores de rua têm muita necessidade de aceitação, acolhimento. Existe muito preconceito! Não tem acesso. Na verdade, eles não tem! (C4).

Porque no governo a gente não tem oportunidade. A gente é mal atendido. A gente é mal visto, porque os povos que mora na rua... o povo [diz] sai para lá! Chama a pessoa de nojento, aquilo outro. Sai para lá, bando de sebo. Bora! Bora! (M2).

Outra dificuldade relatada pelos profissionais do CnaR foi o fato de se ter pactuado uma única porta de entrada para a atenção em saúde bucal, pois não acreditam na responsabilização de um único profissional para dar atendimento a essas pessoas como um bom caminho para a solução desta problemática, dado que isso pode gerar ainda mais segregação da rede pelo motivo desse fluxo uno possuir caráter separatista, tão combatido pela própria política voltada para a PSR.

Soma-se a isso o fato de que, nas USF, os moradores de rua são geralmente tidos como invisíveis e nem ao menos são cadastrados pelos agentes comunitários de saúde²⁰, já que não possuem casas. Nesse sentido, a adstrição da população na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi motivo relatado pelos cirurgiões-dentistas para não acolher a PSR, demonstrando um desconhecimento da Política Nacional da População de Rua. Muitos dos cirurgiões-dentistas chegaram a sugerir a separação de locais específicos para dar atendimento a esse grupo.

[...] *porque o prontuário aqui é mais voltado para a família. Se chegar aqui eu vou atender, mas geralmente por aí não atende não. Manda*

para a urgência, pois o PSF não é voltado para isso. Ele é voltado para famílias [...] (D10).

Se eu for dar atendimentos a pacientes de rua, eu vou estar saindo um pouco da premissa do Saúde da Família, que é de uma área delimitada, de uma área adstrita... ele é meio fugitivo, né? Maioria dependente de drogas... e tem outra história: como é que a comunidade vai aceitar? A gente vai tá tirando vaga do paciente da comunidade [...] (D2).

Acho que deveria ter um local específico para atender esses pacientes. Eu não sei até que ponto uma UPA poderia ajudar nisso... Eu não digo uma UPA em si, a instituição, mas que houvesse realmente um pronto atendimento para eles (D12).

Em suma, os cirurgiões-dentistas da ESF, dos quais se espera vivenciarem os princípios e diretrizes do SUS, também tiveram dificuldade em perceber suas unidades como locais de acolhimento para a PSR.

Acesso como solução

As necessidades e dificuldades de acesso identificadas induzem a discussão sobre a possibilidade da abertura de toda a rede distrital para dar atendimento aos usuários do CnaR, abrangendo também o modelo consolidado para a atenção básica representado pela ESF. Logo, é necessário pensar em continuadas articulações nessa rede, de tal maneira que venha a se tornar cotidiana, no processo de trabalho, a recepção dos moradores de rua também nas USF.

Uma solução seria a gente conseguir acesso pelo profissional dentista da área adscrita, através de uma admissão dos moradores de rua em referência às USFs [...] (C2).

Para isso, é preciso desde um bom planejamento de fluxo de atendimento a continuadas atividades de educação permanente na temática de acolhimento para a PSR, com foco em saúde bucal, direcionadas para todos os profissionais que irão atendê-la. Até porque espaços de discussão voltados à saúde dessa população são preconizados pelo Ministério da Saúde²⁴.

Destaca-se que a própria equipe do CnaR precisa participar dessas atividades, visto estar diariamente pelas ruas, sendo a primeira a identificar as demandas de saúde bucal e se constatou uma fragilidade de conhecimento da equipe nessa temática, o que pode comprometer tentativas de construção de fluxos para atendimento odontológico à PSR.

[...] *hoje não existe uma escuta qualificada para as pessoas que estão nas ruas do Recife. As pessoas do CnaRua não estão preparadas para isso. Eu não tenho conhecimento básico para fazer essa triagem* (C1).

Além da abertura da rede e das atividades de educação permanente, outra iniciativa que pode ser desenvolvida é a inclusão do TSB na equipe do CnaR, conforme previsão legal⁶, pois a falta desse profissional é sentida e foi relatada como um fator importante para o enfraquecimento do fluxo em saúde bucal.

A inclusão do TSB, além de acrescentar uma escuta qualificada à equipe, poderia, junto com o cirurgião-dentista ao qual estivesse vinculado, articular o acesso a diversas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, tais como atividades educativas, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, dentre outras. Isso poderia contribuir para a implementação de um cuidado integral à PSR mais efetivo.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande demanda de atenção à saúde bucal da PSR associada às dificuldades de acesso são, em parte, resultantes de fragilidades na rede de saúde, assim como da deficiência no planejamento para o fluxo de atendimento clínico voltado a esse grupo. Além disso, a produção de estereótipos pelos cirurgiões-dentistas acaba por determinar um acolhimento insatisfatório a essa população.

■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dezembro de 2009.
2. Silva FP. As práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 1988.
4. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde [Internet]. Belo Horizonte: ALMG; 2011 [citado em 2016 ago 30]. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf
5. Carneiro N Jr, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de Saúde e população de Rua: contribuição para um debate. Saude Soc. 1998;7(2):47-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901998000200005>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de janeiro de 2012.
7. Rosenheck R, Lam JA. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. Psychiatr Serv. 1997;48(3):381-6. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.48.3.381>. PMID:9057242.
8. Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shiboski C, Kral AHJ. Health and oral health care needs and health care-seeking behavior among homeless injection drug users in San Francisco. J Urban Health. 2010;87(6):920-30. <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-010-9498-5>. PMID:20945108.
9. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. Br Dent J. 2007;202(12):E31. <http://dx.doi.org/10.1038/bdj.2007.473>. PMID:17510662.
10. Parker EJ, Jamieson LM, Steffens MA, Cathro P, Logan RM. Self-reported oral health of a metropolitan homeless population in Australia: comparisons with population-level data. Aust Dent J. 2011;56(3):272-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01346.x>. PMID:21884142.
11. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. Community Dent Oral Epidemiol. 2010;38(2):136-44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00516.x>. PMID:20074294.
12. DiMarco MA, Ludington SM, Menke EM. Access to and utilization of oral health care by homeless children/families. J Health Care Poor Underserved. 2010;21(2 Suppl):67-81. PMID:20453377.
13. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad Saude Publica. 2015;31(7):1497-504. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. PMID:26248104.
14. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(4):576-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400017>.
15. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012;17(3):621-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. PMID:22450402.
16. Cavalcante BR, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta da pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf Soc. 2014;24:13-8.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 12 de dezembro de 2012.
18. Carneiro N Jr, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saude Soc São Paulo. 2010;19(3):709-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.
19. Barata RB, Carneiro N Jr, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saude Soc São Paulo. 2015;24(Suppl 1):219-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>.

20. 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*. 2016;21(6):1839-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>. PMID:27281668.
21. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília; 2008.
22. Rosa AS, Secco MG, Brêtas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>. PMID:17175723.
23. Silva ANN. Homossexualidade e discriminação: o preconceito sexual internalizado [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2007.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da população de rua: um direito humano. Brasília; 2014.

Recebido em: Abr. 26, 2017

Aprovado em: Jun. 26, 2018