





ARTIGO ORIGINAL

Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil

Oral health care to homeless people: health professionals' perception in Southern Brazil

Joaquim Gabriel Andrade Couto¹ , Heloisa Godoi² , Mirelle Finkler² ,
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello² 

¹Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC), Brasil.

Como citar: Couto JGA, Godoi H, Finkler M, Mello ALSF. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. Cad Saúde Colet, 2021;29(4):518-527. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>

Resumo

Introdução: As sociedades de consumo vêm produzindo enormes desigualdades sociais, o que contribuiu para que uma parcela da população passasse a viver nas ruas. Dentre as diversas necessidades das pessoas em situação de rua, problemas relacionados à saúde bucal estão entre os mais frequentes. **Objetivo:** Demonstrar a percepção de profissionais de saúde sobre as ações de atenção à saúde bucal orientadas a essa população nas três capitais da Região Sul do Brasil. **Método:** Estudo qualitativo, transversal e exploratório. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 16 profissionais de saúde, cujos dados foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo. **Resultados:** Cada uma das capitais investigadas atua distintamente na organização e provimento da atenção à saúde bucal para a população em situação de rua. Suas limitações estão relacionadas à ausência de profissionais da área atendendo essa população, à insuficiente sensibilização desses frente às especificidades que têm, e ao limitado entendimento do processo saúde-doença no contexto do viver na rua. **Conclusão:** Predominam as ofertas de serviços odontológicos curativos, sendo necessários investimentos no preparo dos profissionais de saúde bucal a fim de dar respostas qualificadas às necessidades dessa população. **Palavras-chave:** pessoas em situação de rua; atenção primária à saúde; saúde bucal.

Abstract

Background: Consumer societies have been producing enormous social inequalities, which have contributed to a portion of the population living on the streets. Among the several needs of homeless people, problems related to oral health are the most prevalent ones. **Objective:** To demonstrate the perception of health professionals concerning oral health care actions aimed at people experiencing homelessness in the three capitals of southern Brazil. **Method:** Cross-sectional, exploratory study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 16 health professionals, and the data was analyzed using Content Analysis technique. **Results:** Each city investigated has a distinct approach to the organization and provision of oral health care to the homeless population. Their limitations to provide oral health care to this population involve the absence of oral health professionals working with them, the professionals' lack of awareness of this population's specificities and limited understating of the health-disease process regarding living on the streets. **Conclusion:** Oral health care actions are focused on curative care services. Therefore, investments are required on the development of health professionals' qualification, aiming to provide qualified responses to the needs of homeless people. **Keywords:** homeless people; primary health care; oral health.

Trabalho realizado nas cidades de Curitiba (PR), Florianópolis (SC) e Porto Alegre (RS), Brasil.
Endereço para correspondência: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. E-mail: ana.mello@ufsc.br; alfm2709@gmail.com
Fonte de financiamento: nenhuma.
Conflito de interesses: nada a declarar.
Recebido em: Jun. 19, 2019. Aprovado em: Set. 02, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

As transformações econômicas, políticas, sociais e geodemográficas decorrentes da repartição injusta e desigual de renda revelam a instituição de um processo excludente, gerador e reprodutor da pobreza e da manutenção da desigualdade social no Brasil¹. O viver em grandes centros urbanos, a fragilização dos vínculos de trabalho e das relações familiares são também fatores que concorrem para a ampliação das desigualdades².

Nesse contexto, as políticas públicas fundamentadas na perspectiva neoliberal têm excluído uma parcela da população do alcance a bens e serviços vinculados a direitos humanos e sociais básicos, como moradia, saúde, educação, trabalho digno, segurança e lazer^{1,2}. Como reflexo, apresenta-se um fenômeno no qual uma parcela da população passa a viver nas ruas, o que rompe as formas socialmente aceitas de sobrevivência e convivência. Uma vez que a População em Situação de Rua (PSR) escapa de tais normatividades, é usualmente representada como uma anomia, tornando-se assim invisibilizada e esquecida, e posta ao enfrentamento de enormes dificuldades para ter seus direitos reconhecidos e satisfeitos^{3,4}.

É relativamente recente o movimento para a garantia de direitos básicos à PSR, quando consideramos a formulação e a implantação de políticas públicas específicas que buscam superar as focalizadas, compensatórias e assistencialistas, de cunho paliativo, higienista e medicalizante, responsáveis por impor a invisibilidade dessa população, dificultando seu direito à saúde^{2,3,5,6}.

No Brasil, a partir do ano 2005, alguns setores da sociedade se articularam e reivindicaram a inclusão da PSR nas políticas de assistência social⁷ e a realização de estudos sobre seu perfil⁸, culminando com a formulação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) em 2009⁹. A referida política parte do reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direito⁹, definindo-a como um grupo heterogêneo de pessoas, sem moradia convencional, que vivem em locais públicos e degradados, e que utilizam unidades de acolhimento para pernoite ou moradia temporária, tendo em comum a extrema pobreza e os vínculos familiares interrompidos. Trata-se, portanto, de pessoas cotidianamente excluídas e que são, frequentemente, discriminadas e estigmatizadas pela sociedade⁹.

O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a PSR teve como objetivo conhecer as características socioeconômicas e os modos de vida da PSR, uma vez que essas pessoas são desconsideradas pelos censos tradicionais, como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste estudo foram identificadas 31.922 pessoas de 18 anos ou mais vivendo em situação de rua nas cidades pesquisadas. Entre estas pessoas predominavam homens (82%), jovens (de 26 a 35 anos) e negros (pardos e pretos somavam 67%), com o primeiro grau incompleto (63,5%)⁸. Dentre os problemas clínicos mais comuns nesta população podem ser citados: problemas nos pés, infestações, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como problemas relacionados à saúde bucal¹⁰. Quando questionados sobre sua saúde, 30% das pessoas afirmaram ter algum problema e 18,7% faziam uso de algum medicamento; quando doentes, 48,3% procuravam os hospitais/emergências, e 27,4% as Unidades Básica de Saúde (UBS)⁸.

O acesso da PSR aos serviços de saúde está diretamente influenciado pelas condições de vida às quais está submetida, considerando que o viver nas ruas frequentemente coloca as pessoas em situações muito adversas, como a exposição a episódios de violências (físicas e psicológicas/morais), constrangimento e humilhação, alimentação incerta e insalubre, dificuldade de higiene pessoal, privação de sono e de relações afetivas, variações climáticas, uso de álcool e outras drogas^{9,10}. Somando-se a isto, as burocracias institucionais que encontram nos serviços de saúde reforçam o processo de exclusão social, o que faz com que internalizem e resignifiquem o próprio adoecimento, agravando-o e postergando a busca por atendimento até a impossibilidade de manter as atividades cotidianas, fato que ocorre frequentemente em situações agudas e emergenciais^{3,10}.

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹ reconheceu a existência de outros arranjos populacionais e abriu a possibilidade de se constituírem equipes de atenção básica voltadas para populações específicas, sendo uma delas a PSR. Instituiu-se os então chamados Consultórios na Rua (CnaR), cuja proposta é a de integrar as ações de atenção primária e de

saúde mental por meio de equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde de uma referida PSR no local onde se encontram⁹. Buscou-se assim enfrentar os diversos problemas relacionados à saúde e à condição de vulneração da PSR, ou seja, a condição existencial das pessoas que não estão submetidas somente a riscos (vulnerabilidade), mas também a danos e carências concretas, socialmente produzidas^{12,13}.

Pensar a saúde bucal neste contexto exige a sua compreensão enquanto um produto socialmente determinado, uma vez que as condições sociais das diferentes populações refletem na produção de desigualdades em saúde bucal^{14,15}. Assim, a atenção à saúde bucal precisa ser pensada para além da assistência, relacionando-se à qualidade de vida. A saúde bucal está conectada com as percepções, expectativas e a capacidade de adaptação às circunstâncias, além da (re)construção de vínculos, com o resgate da autoestima e promoção da reinserção social, os quais são também elementos que influenciam diretamente a qualidade de vida¹⁵.

A atenção à saúde e à saúde bucal da PSR desafia os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo desta motivação e de todo o contexto exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar, desde a vivência e as perspectivas de trabalhadores da saúde, as ações de atenção à saúde orientadas à PSR nas três capitais da Região Sul do Brasil, e em particular as relacionadas à saúde bucal.

MÉTODO

O estudo aqui apresentado é resultante das inquietações e reflexões que demandaram uma investigação de um nível da realidade que não pode ser quantificado, por tratar de sentidos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Uma temática que não pode ser tratada como algo absoluto, necessitando certa criticidade que permita um mergulho nos múltiplos significados e que seja capaz de produzir um debate¹⁶. Assim, optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, delineando-se um estudo transversal e com caráter exploratório, nas três capitais da Região Sul do Brasil: Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos no país, segundo a Resolução CNS 466/2012, tendo sido aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Florianópolis), sob o número de parecer 1.635.670, bem como nos CEPs específicos das Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba (nº. 1.740.803) e de Porto Alegre (nº. 741.850).

Primeiramente, realizou-se contato por *e-mail* ou telefone para a identificação dos profissionais, a apresentação dos pesquisadores e a explicitação dos objetivos e método da pesquisa. Em seguida, os profissionais foram convidados individualmente a colaborar com o estudo. Os critérios de inclusão delimitaram que os participantes fossem profissionais da saúde que atuavam há pelo menos um ano no serviço público, resultando em uma amostra de profissionais atuantes nas funções de: gestores municipais de saúde da área da Atenção Primária à Saúde (APS) ou do planejamento, gestores municipais de saúde bucal, coordenadores municipais dos CnaR, profissionais dos CnaR e cirurgiões-dentistas de UBS dos territórios onde há grande concentração da PSR. Não foram aplicados critérios de exclusão, uma vez que todos os participantes trouxeram percepções que contribuíram para a discussão do tema. Ao final, participaram um total de 16 profissionais das áreas de enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, face a face (na cidade de Florianópolis), ou por meio do uso do computador e do *software* Skype®, assim como por ligações telefônicas (nas cidades de Porto Alegre e Curitiba). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue pessoalmente ou por *e-mail*. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal entre os meses setembro e outubro de 2016, guiadas por um roteiro com questões adequadas à atividade profissional de cada participante.

As entrevistas foram gravadas digitalmente, posteriormente transcritas pelo mesmo pesquisador. Os dados obtidos neste processo foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo¹⁷. Deste modo, todas as transcrições foram lidas na íntegra, agrupando-se os

dados em temas que se repetiam frequentemente e que foram considerados pertinentes aos objetivos da pesquisa, seguido pela exploração do material, na qual os conteúdos textuais foram codificados e reagrupados em categorias por semelhança ou diferença, independentemente da sua origem, buscando assim a obtenção de categorias que atingissem as qualidades de: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Os títulos conceituais das categorias foram definidos apenas no fim do processo de categorização.

RESULTADOS

Participaram do estudo três profissionais na cidade de Curitiba, nove em Florianópolis e quatro em Porto Alegre. Este grupo de participantes incluiu seis enfermeiros, cinco cirurgiões-dentistas, um assistente social, um médico, um psicólogo, um técnico de enfermagem e um técnico em saúde bucal, sendo na maior parte mulheres (85%), com idade média de 40 anos (de 28 a 53 anos) e com tempo médio de atuação no serviço público de 13 anos (de 1 a 27 anos).

As entrevistas trouxeram apontamentos referentes às percepções e experiências destes profissionais acerca de temas como: o acesso à saúde da PSR, o funcionamento dos CnaR, o acesso da PSR ao atendimento odontológico, as questões de saúde bucal mais frequentes nesta população, assim como as dificuldades percebidas pelos profissionais para consolidar o direito à saúde desta população. Do processo de análise dos dados emergiram as três categorias a seguir: Atenção à Saúde da PSR, Assistência Odontológica à PSR e Limitações para a Consolidação da Atenção à Saúde da PSR.

Atenção à saúde da PSR

O acesso da PSR à APS nas três cidades acontece por meio das UBS, mais frequentemente pelo CnaR, por causa do tipo de abordagem realizada pelo equipamento. Isto porque, com os CnaR, os profissionais fazem um primeiro contato buscando a confiança dos usuários, a fim de fomentar o vínculo entre os usuários e a equipe, assim como relatado por um dos profissionais:

“O Consultório na Rua também é uma porta de entrada, porque a gente circula a cidade como um todo; o território é a cidade toda, e nós encontramos os pacientes que acabam não tendo vínculo com nenhum Centro de Saúde (CS), e a gente acaba vinculando esse paciente. A sugestão é que a gente faça esse vínculo dentro do território, para que depois ele tenha acesso livre.” P1

A demanda chega aos CnaR pelas buscas ativas solicitadas por qualquer serviço de saúde ou por demanda espontânea, quando esse equipamento está percorrendo o território. Nas três cidades, o cadastramento da PSR é realizado pelos serviços de saúde sem a exigência de documentação ou comprovante de residência, a fim de viabilizá-lo, evitando a criação de mais um obstáculo burocrático ao acesso à saúde. Afirmou-se que, uma vez cadastrados no sistema, a PSR tem direito a qualquer serviço, incluindo por exemplo atendimentos médicos, odontológicos, marcação de exames, encaminhamentos e recebimento de medicamentos.

Os CnaR são equipamentos da APS que trabalham na perspectiva de auxiliar a chegada da PSR às UBS. Este equipamento está presente nas três cidades estudadas, com equipes de diferentes composições e organizações, como ilustrado no Quadro 1.

Em Porto Alegre, os profissionais do CnaR se organizam de forma que uma parte da equipe sai para as abordagens na rua e atividades *in loco*, enquanto a outra permanece em uma unidade base, realizando atendimentos por demanda espontânea (sem agendamento prévio), atentando para que todos os usuários que buscam atendimento sejam acolhidos, atendidos e encaminhados para os setores de referência. Na cidade de Curitiba, a equipe do CnaR conta com um *trailer* visualmente identificável, denominado pelos entrevistados de “UBS móvel”, que transita por toda a cidade. Já em Florianópolis, a equipe dispõe de um carro para fazer as abordagens de rua, mas não tem nenhum espaço físico específico, de modo que acaba utilizando a estrutura física de uma UBS específica.

Quadro 1. Composição e estruturação das equipes de Consultório na Rua nas cidades de Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre, 2016

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
Composição	- Médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, motorista	- Médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, motorista	- Médico, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, agente comunitário, motorista
Espaço físico	Trailer (UBS móvel)	UBS	Unidade base
Ações <i>in loco</i>	Reconhecimento dos espaços, escuta qualificada, ações de prevenção e promoção de saúde, diagnósticos e encaminhamentos. Ações de redução de danos, testes rápidos e procedimentos curativos		

Ao falar sobre o processo de trabalho, foi relatado que as equipes de CnaR são responsáveis por todo o território das respectivas cidades, e que atuam de forma itinerante, fazendo o reconhecimento dos espaços ocupados pela PSR, realizando escuta qualificada, executando ações de prevenção e promoção de saúde, diagnósticos e encaminhamentos para tratamentos. Além disso, trabalham em ações de redução de danos relacionadas ao uso de drogas e de ISTs, e quando possível também realizam procedimentos curativos *in loco*. Os participantes afirmaram buscar uma atuação que se aproxime ao máximo possível do proposto pela PNPSR.

Ainda sobre os CnaR, foi levantada a importância deste equipamento para a acessibilidade da PSR aos serviços de saúde, emergindo durante as entrevistas relatos sobre pessoas que não conseguiram resolver suas demandas ao buscar os serviços sem estarem vinculadas ao equipamento. Diante disso, pode-se perceber a compreensão dos CnaR como ferramenta que deveria atuar na facilitação do acesso, e não em sua limitação:

“O foco maior seria que a gente conseguisse que esses pacientes aderissem aos CS, porque assim como a população em geral, eles também são sujeitos de direito, e podem acessar a qualquer momento, não só pelo CnaR”. P1

Assistência odontológica à PSR

Os entrevistados relataram que a PSR requer constantemente serviços de saúde bucal, sendo esta uma das suas principais necessidades. Foram citados episódios em que as pessoas chegaram a recusar qualquer outro tipo de atendimento sem que também fossem garantidas consultas com um cirurgião-dentista:

“A gente teve uma paciente que tínhamos que levar para fazer exame de sangue, e quando a gente chegou para levá-la, ela disse que o queria na verdade era uma consulta com dentista, e sem a vaga do dentista optou por não fazer o exame.” P6

Os participantes evidenciaram a importância do vínculo dos profissionais de saúde bucal com as pessoas em situação de rua, uma vez que durante o atendimento odontológico é possível criar um espaço de aproximação e confiança, favorecendo a formulação de um plano terapêutico multidisciplinar. Ainda, demonstraram consenso acerca da necessidade fundamental de profissionais de saúde bucal em equipamentos como o CnaR, a fim de suprir as necessidades em saúde bucal, assim como promover o acesso à atenção integral:

“A gente precisaria ter um cirurgião-dentista (CD) específico para o CnaR. Faz falta, é uma necessidade que a gente sente. Precisaria de um CD trabalhando juntamente com a equipe de CnaR.” P10

Especificamente à assistência odontológica, o acesso se dá de formas distintas nas três capitais, como apresentado resumidamente no Quadro 2.

Quadro 2. Acesso à assistência odontológica nas cidades de Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre, 2016

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
Acesso à assistência odontológica	- Vagas nas UBS	Vagas nas UBS	- Vagas específicas nas UBS
	- CnaR		- Pronto-Atendimento
Tipo de demanda	Espontânea e agendada	Espontânea e agendada	Espontânea
Profissionais de saúde bucal no CnaR	Cirurgiões-dentistas	---	Técnico de saúde bucal

Florianópolis não conta com profissional de saúde bucal atuando no CnaR, e o acesso ao atendimento de saúde bucal da PSR se dá através dos serviços de urgência das UBS ou do agendamento de consultas, que difere em cada unidade. Foi relatada certa dificuldade em encontrar abertura dos profissionais de saúde bucal para que esta população seja atendida:

“A gente, por exemplo, não tinha médico, mas tinha um número de vagas liberadas em um CS, que é referência para a PSR. Mas a gente nunca teve abertura na agenda de dentista nenhum.” P1

Em Porto Alegre, foi relatado que são disponibilizadas vagas semanais para atendimento odontológico dessa população em uma UBS específica, que acaba sendo referência para a PSR. O acesso se dá por livre demanda e, na falta de vagas, os indivíduos são encaminhados para centrais de pronto-atendimento. Essa organização foi adotada, pois, segundo os participantes, frente à oferta tradicional via agendamentos, a taxa de absenteísmo desta população nas consultas era elevada. Além disso, o CnaR dispõe um profissional técnico de saúde bucal, responsável por dar orientações de higiene e cuidados com a saúde bucal, bem como sobre o acesso aos atendimentos.

A assistência odontológica à PSR no município de Curitiba se organiza de forma que a população tem acesso através das vagas de urgência e agendamento das UBS. Além disso, as equipes de CnaR têm cirurgiões-dentistas que fazem o acolhimento das pessoas *in loco* e realizam os atendimentos em UBSs, tanto por livre demanda como agendamento. Atuam também orientando os cuidados de saúde bucal, distribuindo materiais de higiene e participando de atividades multidisciplinares.

Dentre os procedimentos odontológicos mais executados foram citados: extrações dentárias, curativos endodônticos, tratamentos de lesões cáries e profilaxias. A procura pelo atendimento frequentemente acontece por ocasião da agudização da sintomatologia dolorosa, quando a doença já está instalada e em grau avançado, indicativo da busca por atendimento tardio e em situações imposteráveis.

Limitações para a consolidação da atenção à saúde da PSR

Os entrevistados reportaram diversas dificuldades na promoção do acesso à saúde da PSR, incluindo a falta de informações sobre essa população no que concerne ao número aproximado de pessoas vivendo nas ruas, assim como suas principais necessidades. Observam que o distanciamento da realidade dessas pessoas dificulta o planejamento e a implementação de ações resolutivas. O desconhecimento sobre esta população aparece também na forma de questionamento, indagando se efetivamente buscam os serviços de saúde:

“Será que esse morador busca o serviço? Qual a perspectiva dessa população na busca de serviço quando já estão em uma situação vulnerável? Será que eles vão ter esse estímulo de buscar o atendimento?” P8

Além disto, foi relatada a falta de preparo dos profissionais da saúde para recebê-los nas UBS. Os entrevistados reconhecem a falta de sensibilização dos profissionais diante das questões relacionadas à PSR e referem necessidade de ações de educação permanente. Destacam a necessidade e a importância da inclusão do debate sobre a saúde da PSR já durante a graduação, para que adentrem os serviços de saúde cientes dos diferentes modos de existência, rompendo com concepções normativas, morais ou biomédicas.

DISCUSSÃO

A caracterização da atenção à saúde bucal na PSR em capitais sul-brasileiras aponta para a oferta da assistência odontológica na APS por meio das UBS. Entretanto, cada uma das capitais investigadas atua distintamente na organização e provimento do serviço. O estudo identificou também as limitações para consolidação da atenção à saúde bucal da PSR, como a ausência de profissionais da saúde bucal trabalhando em equipe nas abordagens às pessoas em situação de rua, insuficiente sensibilização destes frente às especificidades desta população, escassez de dados sociais e epidemiológicos, e limitado entendimento do processo saúde-doença no contexto de vulneração da PSR.

A saúde bucal tem sido apontada como uma prioridade em saúde da PSR e demonstra grande impacto na sua qualidade de vida^{18,19,20,21}, o que aponta a necessidade de os profissionais de saúde bucal, especialmente na APS, conhecerem suas especificidades e demandas. Nesse sentido, a literatura reporta a escassez de dados epidemiológicos, bem como a limitada utilização destes para planejamento de ações que considerem as especificidades da PSR^{6,22,23}. Os profissionais, atuantes na gestão e na provisão direta, devem estar cientes das diversas dificuldades encontradas no viver em situação de rua para organizar ações e prover os serviços, sem deixar de respeitar a vontade e o momento dos usuários, incentivando o cuidado à saúde que leve em consideração a autonomia dos sujeitos⁵.

Os participantes deste estudo afirmaram que a forma de acesso da PSR aos serviços de saúde se dá, principalmente, por meio do CnaR, e entendem este equipamento como um facilitador do acesso. Porém, apontaram a problemática acerca da dificuldade que estas pessoas enfrentam para adentrar aos serviços quando não vinculadas a uma equipe de CnaR. Outros estudos^{24,25} já haviam constatado esses desafios de articulação entre o CnaR e a Rede de Atenção à Saúde. A literatura explicita a dificuldade de acesso da PSR sem a companhia de profissionais deste equipamento e a importância de se reforçar a autonomia dos indivíduos para transitar entre os serviços de saúde, reforçando a corresponsabilização de todos os profissionais do sistema²⁴. Embora fundamental, parece que a provisão dos serviços focada exclusivamente no CnaR ou em locais onde se concentram, de forma mais institucional a PSR (como abrigos, por exemplo), limita consideravelmente as possibilidades de acesso a ações de saúde mais amplas e capilarizadas. Estas demandariam aportes tecnológicos diferenciados, o que constitui um desafio à gestão dos serviços de saúde. De todo modo, a garantia do acesso depende dos investimentos, entre tantos, em recursos humanos e estrutura física/equipamentos, não apenas nos CnaR, mas no contexto de outras formas de acesso^{23,26,27}.

A procura pelos serviços de saúde acontece, geralmente, motivada por agravos agudos ou reagudizados, quando a condição de adoecimento interfere nas atividades cotidianas^{2,10}. Dentre as principais necessidades da PSR, predominam as questões relacionadas à ISTs, HIV/AIDS e à saúde bucal, assim como encontrado na literatura^{3,10,19,20,21}. Outros estudos também corroboram^{18,19,20,28,29} o fato de que a PSR apresenta condição de saúde bucal comprometida, e de que a busca por serviços odontológicos se dá após a doença estar instalada. Fatos que não surpreendem diante das dificuldades encontradas para realizar os cuidados em saúde bucal (falta de local, de condições sanitárias e de insumos), considerando as diversas vulnerações enfrentadas, além dos entraves para adentrar os serviços de saúde bucal⁹.

Apesar das diferentes formas de organizar a assistência em cada capital, foi unânime o reconhecimento da importância do profissional de saúde bucal para as abordagens do CnaR. Sua incorporação a estes equipamentos apresenta-se, portanto, como uma estratégia fundamental para o trabalho interdisciplinar junto à PSR³⁰.

Por outro lado, evidencia-se certa resistência dos profissionais em atender essa população, o que promove sua insegurança e receio em procurar os serviços de saúde^{30,31}. Desta forma, faz-se essencial uma maior aproximação com a PSR, a fim de melhor compreender o processo saúde-doença neste contexto de vida, assim como a sua própria percepção do processo. O contato direto permite a identificação das reais necessidades^{2,6,31,32}, assim como o estabelecimento de um relacionamento pautado na garantia da cidadania, por meio do qual se comprometa com a luta pelos direitos sociais, estimulando a vocalização política e a reivindicação social^{3,30}. Tal aproximação pode ser incentivada por meio de ações de educação permanente, como sugerido pelos participantes desta pesquisa, que alegaram sentir falta de atividades sensibilizadoras, o que favoreceria a reorganização do processo de trabalho de modo a promover a visibilidade, o acolhimento e o atendimento humanizado, socialmente competente e responsável, incluindo no cotidiano das práticas de produção da saúde um “saber-fazer” frente às demandas da PSR^{10,30}.

Ademais, os entrevistados apontaram a lacuna formativa dos profissionais em relação ao cuidado à saúde das PSR. O paradigma biomédico de formação profissional em saúde, ainda majoritário, fomenta um ensino-aprendizagem apático aos diferentes modos/condições de existência, de maneira que não são incomuns situações de discriminação, hostilidade e negativas de atendimento, atitudes que funcionam como barreiras ao acesso aos serviços^{6,18}.

Faz-se urgente e necessário ultrapassar este paradigma, a fim promover a integração ensino-atenção-gestão-control social no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde³³, por meio da qual o contato precoce e o atendimento qualificado de populações vulneradas como a PSR possam ser viabilizados. Desta maneira, espera-se que a formação de profissionais de saúde seja capaz de romper com os modelos hegemônicos de produção de cuidado, estando os profissionais abertos a serem afetados pela presença do outro, construindo um cuidado que leve em consideração a multiplicidade de formas de ser e estar no mundo³⁴.

Ao caracterizar a atenção à saúde bucal da PSR, no âmbito da APS das três capitais da Região Sul do Brasil, este estudo teve como principal limitação a possibilidade de generalização dos seus resultados para outros espaços e particularidades. Além disso, ficou restrito a profissionais de saúde e gestores mais proximamente ligados às ações de saúde bucal. Sugere-se a ampliação de pesquisas sobre a PSR com a adoção de outros referenciais metodológicos, incluindo-se estudos em conjunto com esta população, com o objetivo de conhecer suas percepções e desejos, ampliando assim a compreensão da situação de vida e saúde. Também haveria de se pensar alternativas de atuação com vistas à promoção da sua saúde e qualidade de vida, partindo de articulações intra e intersetoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que os profissionais de saúde percebem as questões de saúde bucal como uma grande necessidade da PSR, e que o acesso em cada capital se dá de formas distintas. Foram frequentes as afirmações que enfatizaram a importância de existirem profissionais de saúde bucal atuando junto com esta população em equipamentos como o CnaR. Afirmaram também que a aproximação dos profissionais de saúde bucal da PSR se configura como um mecanismo capaz de viabilizar a construção de laços de confiança, facilitando a formulação de um projeto terapêutico multidisciplinar, além de possibilitar o acesso à saúde bucal previamente aos episódios de agudização dos processos dolorosos.

É importante considerar que a formulação de políticas públicas voltadas à PSR aconteceu tardiamente no Brasil, e que ainda precisa somar forças para assegurar sua implementação, principalmente neste momento de importante crise política e social. O recrudescimento das políticas neoliberais e do conservadorismo ameaçam aumentar ainda mais as históricas desigualdades sociais, empurrando os já marginalizados para os sumidouros das cidades na

tentativa de fazê-los desaparecer. Os estudos sobre a PSR dão visibilidade acadêmica aos mais socialmente vulnerados, ensejando seu reconhecimento enquanto cidadãos de direitos e demandando sua efetivação. É necessário um olhar que reconheça a PSR e suas vulnerações, mas que também a veja como sujeitos dotados de potência de vida, quando em meio a toda precarização da vida seguem instaurando novos modos de (re)existência numa sociedade injusta e desigual.

O processo de enfrentamento das desigualdades em saúde, incluindo a saúde bucal, com foco na PSR, é certamente um complexo desafio enfrentado pelo SUS. Conforme os resultados desta pesquisa, pode-se afirmar que são urgentes as mudanças na formação profissional em saúde, para que estes profissionais estejam conscientes e sensíveis aos diferentes modos/condições de existência, preparados para romper com formas verticais, prescritivas e normativas de cuidado em saúde. Além disso, são necessários investimentos na qualificação dos profissionais de saúde bucal que atuam na APS, bem como a promoção da educação e do trabalho interdisciplinar, a fim de qualificar a atenção à saúde da PSR.

REFERÊNCIAS

1. Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Katálysis*. 2010;13(2):155-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802010000200002>.
2. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Cien Saude Colet*. 2016;21(8):2595-606. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. PMID:27557032.
3. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):115-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>. PMID:22267071.
4. Brasil. Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. 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.
6. Varanda W, Adorno RDCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saude Soc*. 2004;13(1):56-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.
7. Brasil. Lei no 11.258 de 30 de Dezembro de 2005. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. *Diário Oficial da União, Brasília*, 30 de dezembro de 2005.
8. Brasil. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
9. 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.
10. Brasil. Manual sobre o cuidado à saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Brasil. Portaria no 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 de outubro de 2011.
12. Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Rev Bioet*. 2011;19(3):799-817.
13. 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*. 2015;24(Suppl 1):219-32. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01019>.
14. Watt RG, Heilmann A, Listl S, Peres MA. London charter on oral health inequalities. *J Dent Res*. 2016;95(3):245-7. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034515622198>. PMID:26701349.
15. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Public Health Dent*. 2017;77(1):3-5. <http://dx.doi.org/10.1111/jphd.12213>. PMID:28276588.

16. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
18. 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.
19. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J*. 2014;59(2):234-9. <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12167>. PMID:24861400.
20. Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABVL. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cad Saude Colet*. 2018;26(3):285-91. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030130>.
21. Pereira M, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):109-16. PMID:24624381.
22. Lawder JAC, Matos MA, Souza JB, Freire MCM. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. *Rev Saude Publica*. 2019;53:22. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000718>. PMID:30810659.
23. Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cad Saude Publica*. 2014;30(8):1798-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>. PMID:25210919.
24. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saude Publica*. 2016;32(8):e00070515. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070515>. PMID:27509548.
25. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate*. 2017;41(114):963-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711423>.
26. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua: barreiras e facilitadores. *Saude Soc*. 2018;27(3):754-68. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170946>.
27. Bittencourt MN, Pantoja PVN, da Silva PCB Jr, Pena JLC, Nemer CRB, Moreira RP. Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180261.
28. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013;73(1):74-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00355.x>. PMID:22881462.
29. Van Hout MC, Hearne E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Dent Assoc*. 2014;60(3):144-9. PMID:25080641.
30. 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.
31. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*. 2015;39(spe):246-56.
32. Habibian M, Elizondo L, Mulligan R. Dental students' attitudes toward homeless people while providing oral health care. *J Dent Educ*. 2010;74(11):1190-6. <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.11.tb04992.x>. PMID:21045223.
33. Finkler M, Caetano JC, Regina F, Ramos S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface*. 2011;15(39):1053-67.
34. Merhy EE. Desafios de Desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM. *Saúde Mental: os desafios da formação: os desafios da formação*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2010.