

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

Dissertação

**SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA:
AMPLIANDO O OLHAR**

MARCELA OBST COMASSETTO

Porto Alegre, dezembro de 2017

MARCELA OBST COMASSETTO

**SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA:
AMPLIANDO O OLHAR**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Balbinot Hilgert.

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Comassetto, Marcela Obst
Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua:
ampliando o olhar. / Marcela Obst Comassetto. --
2017.
107 f.
Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Saúde Bucal. I.
Hilgert, Juliana Balbinot, orient. II. Título.

**“Quando a gente abre os olhos,
abrem-se as janelas do corpo,
e o mundo aparece refletido dentro da gente.”**

Rubem Alves

AGRADECIMENTOS

A primeira pessoa que eu quero agradecer é quem, muito antes de eu almejar me tornar mestre, me fez enxergar a vida com olhos brilhantes e dar cada passo com amor e empatia. Mãe, tu sempre foi uma inspiração pra mim e muito do que sou é reflexo do que aprendi contigo. Esse trabalho é, em grande parte, fruto do teu apoio e da “sementinha” que tu plantou em mim. Quero te agradecer muito por ter sempre as melhores palavras e por me fazer querer ser alguém melhor a cada dia. Tem muito de ti em cada parte dessa conquista e eu espero te orgulhar assim como tu me enche de orgulho de ser tua filha.

Também preciso agradecer aqueles que sempre acreditaram em mim e são a minha base. Ulisses, meu pai; Amanda, minha irmã; e Júlio, meu querido afilhado, me desculpem as ausências e muito obrigada pelo apoio e amor incondicionais. Rogério, obrigada por ser uma grande inspiração e por sempre me incentivar nessa caminhada. Minhas queridas avós, Leda e Tereza, e meu avô Walter que sempre demonstrou tanto orgulho de mim (in memoriam), quero agradecer por me cuidarem em todos os momentos.

Meu amor, Eduardo, a tua presença ao meu lado foi essencial para que eu chegasse até aqui com esse sorriso no rosto. Obrigada por nunca ter medido esforços, por ter sido o meu melhor porto seguro e por fazer com que eu acreditasse em mim mesma. A tua parceria em todos os momentos, a tua preocupação e compreensão, o teu incentivo, o teu apoio nos momentos mais difíceis e a tua companhia deliciosa tornam a minha vida muito mais colorida.

Meus sogros, Nilce e Álvaro, agradeço por demonstrarem a cada gesto tanto carinho, por terem me acolhido tão bem durante todos esses anos e por fazerem com que eu me sinta parte dessa linda família. Meu querido cunhado e quase irmão, Rafa, quero agradecer por além de ter “colocado a mão na massa”, ter me ensinado sobre estatística e me propiciado tantos momentos divertidos.

Minhas equipes de trabalho, de um ano atrás da Restinga e atualmente da Bom Jesus, quero agradecer a compreensão e o estímulo. Aprendi muito com vocês na Atenção Primária à Saúde e sempre vou lembrar com muito carinho de tudo que vivemos juntos. Sigamos firmes na busca pelo SUS que acreditamos!

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o acontecimento desse trabalho: as equipes dos serviços envolvidos (Albergue Municipal, Abrigo Bom

Jesus, Abrigo Marlene, Centro Pop I e II), as coordenadoras de Saúde Bucal (Caroline Webber, Evelise Tarouco, Caroline Schirmer), os demais profissionais da SMS e da FASC (em especial, ao Mateus); meu agradecimento por todo o acolhimento e por terem acreditado nessa proposta.

Meus queridos bolsistas Bruno, Cassi, Ewelyn, Luana, Marla e Nati, muito obrigada por terem “topado essa empreitada”, por terem sido tão cuidadosos e respeitosos com os participantes e por tornarem os dias de coleta tão mais leves e felizes.

Minhas amigas e colegas de mestrado, Bia e Tati, agradeço por compartilharem esses 2 anos comigo e por me oportunizarem estudos, conversas, risadas e desabafos. Com certeza vou levar essa amizade para a vida e estarei sempre na primeira fila torcendo pelo sucesso de vocês. Meus amigos de vida, em especial Lu “Gaspa”, Kathe, Vivi, Lu, Estela, Paula, Ju Moreno, Ju Suman e Matheus, obrigada por me entenderem e por acreditarem em mim sempre.

Aos parceiros dessa pesquisa, Prof. Marco Martins, Prof. Vinicius Carrard, e às residentes de estomatologia Michelle, Júlia e Carol, meu agradecimento por terem participado e compartilhado os seus conhecimentos comigo.

À equipe do Centro de Pesquisa em Odontologia Social e, em especial, ao Prof. Fernando, meus agradecimentos pelo apoio e por todos os ensinamentos.

Aos componentes da banca, Prof. Renato, Prof. Melissa e meu querido ex preceptor, Prof. Daniel, obrigada por aceitarem avaliar esse trabalho e por disponibilizarem o seu conhecimento.

Aos participantes desse estudo, quero agradecer por terem fornecido seu tempo e por me proporcionarem tanto aprendizado. A convivência com as pessoas que são a grande motivação desse estudo ampliaram o meu olhar em todos os aspectos e fizeram com que esse mestrado tenha sido uma verdadeira faculdade da vida.

Por fim, quero agradecer muito à minha orientadora Juliana que, desde a graduação, abraçou esse sonho e possibilitou que ele acontecesse. Ju, obrigada pela disponibilidade, por acreditar em mim e por me fazer crescer tanto nesses anos sob a tua orientação. Foi uma oportunidade incrível aprender contigo e compartilhar tantos momentos do teu lado.

RESUMO

As pessoas em situação de rua (PSR) apresentam riscos aumentados de desenvolver ou agravar doenças e enfrentam muitas barreiras no cuidado à saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Porém, existem poucos estudos, principalmente no Brasil, que investigam a saúde bucal dessa população. A presente dissertação teve como objetivo avaliar, sob diferentes ângulos, a condição de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. Foram produzidos dois artigos que se complementam para ampliar o olhar sobre a temática. O primeiro trata-se de um estudo transversal descritivo que foi realizado com os profissionais de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre, com o uso de questionários autoaplicáveis. O instrumento inclui questões socioeconômicas, sobre a formação e atuação profissional, além de questões sobre conhecimentos, experiências e opiniões dos profissionais com relação à população em situação de rua. Foi realizada a descrição das variáveis por meio de frequência absoluta e relativa. Participaram desse estudo 200 profissionais, correspondendo a um percentual de respostas de 62,5%. Viu-se que há pouca experiência das Equipes de Saúde Bucal (ESB) com esse grupo, além de fraca equidade e baixa presença da PSR nos serviços de saúde bucal. Porém, os profissionais demonstraram interesse na temática e conhecem a legislação relacionada. O segundo artigo trata-se de um estudo transversal que foi realizado com adultos em situação de rua que acessam 5 serviços de assistência social da Prefeitura de Porto Alegre (1 albergue, 2 abrigos e 2 centro de atendimento-dia). Foram aplicados questionários contendo variáveis socioeconômicas, questões de saúde, uso de tabaco/álcool/drogas e dor dentária. Uma pesquisadora treinada e calibrada fez exame bucal, avaliando o índice CPOD. A análise estatística foi realizada por meio do teste qui-quadrado, teste-t e teste de Mann Whitney. Participaram do estudo 214 adultos em situação de rua, sendo a maior parte do sexo masculino, não branco, solteiro, com pouca escolaridade e baixa renda. Verificou-se que essa população apresenta muitas perdas dentárias e teve muitas experiências de dor dentária durante a vida, com impacto na realização das tarefas habituais. Mesmo com episódios de dor intensa, a maioria não procurou o dentista e preferiu fazer o auto manejo da dor, incluindo o uso de álcool ou drogas. Viu-se associação entre o tempo na rua com a frequência de dor dentária e com o modo de alívio da dor. Em ambas as metodologias a análise dos dados foi realizada por meio do software SPSS v.21.0 e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Antes de serem convidados, os participantes leram e assinaram os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Por ser o primeiro estudo no Brasil a pesquisar atitudes de ESB da APS com esse grupo e por descrever as condições bucais e de dor dentária, os dados dessa dissertação tem potencial para romper a invisibilidade da PSR, discutir a sensibilização dos profissionais para o cuidado qualificado em saúde bucal, e embasar o planejamento dos serviços.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua, Saúde Bucal, Equidade no Acesso.

ABSTRACT

Homeless people present increased risks of developing or aggravating diseases and face many barriers to health care, including in the field of oral health. However, there are few studies, mainly in Brazil, that investigate the oral health of this population. The aim of this dissertation was to evaluate, from different angles, the oral health condition of homeless adults and their relationship with dental services in the city of Porto Alegre, RS. Two articles were produced that complement each other to broaden the view on the theme. The first is a cross-sectional descriptive study that was carried out with oral health professionals from Primary Health Care (PHC) in Porto Alegre, using self-administered questionnaires. The instrument includes socioeconomic questions, about training and professional exercise, as well as questions about professionals' knowledge, experiences and opinions regarding the street population. The variables were described by absolute and relative frequency. 200 professionals participated in this study, corresponding to a percentage of responses of 62.5%. It has been seen that there is little experience of Oral Health Teams (OHT) with this group, in addition to poor equity and low homeless people presence in oral health services. However, the professionals showed interest in the subject and know the related legislation. The second article deals with a cross-sectional study carried out with homeless adults accessing 5 services of Porto Alegre City Hall (1 shelter, 2 transitional housing and 2 day care centers). Questionnaires containing socioeconomic variables, health issues, tobacco / alcohol / drug use and dental pain were applied. A trained and calibrated researcher underwent oral examination evaluating the CPOD index. Statistical analysis was performed using the chi-square test, t-test and Mann Whitney test. A total of 214 homeless adults participated in the study, most of them male, not white, single, with little schooling and low income. It was verified that this population presents many dental losses and had many experiences of dental pain during the life, with impact in the accomplishment of the habitual tasks. Even with episodes of intense pain, most did not seek the dentist and preferred to self-manage pain, including the use of alcohol or drugs. There was an association between the time on the street with the frequency of dental pain and the mode of pain relief. In both methodologies the data analysis was performed using the SPSS v.21.0 software and this research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul and by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Department of Porto Alegre. Before being invited, the participants read and signed the respective Terms of Free and Informed Consent. Because it is the first study in Brazil to research the OHT of PHC attitudes with this group and to describe oral conditions and dental pain, the data of this dissertation has the potential to break the homeless people invisibility, to discuss the sensitization of professionals to qualified care in oral health, and to base the planning of services.

Keywords: Homeless persons, Oral Health, Equity in Access.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 <i>Contextualização</i>	12
2.2 <i>Descrição</i>	15
2.3 <i>Caracterização</i>	18
2.4 <i>Políticas Públicas</i>	19
2.5 <i>Iniquidades Sociais e em Saúde</i>	22
2.6 <i>Saúde Bucal</i>	25
3 OBJETIVOS	27
4 ARTIGO 1	28
5 ARTIGO 2	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE 1	83
APÊNDICE 2	84
APÊNDICE 3	91
APÊNDICE 4	92
APÊNDICE 5	93
ANEXO 1	102
ANEXO 2	104
ANEXO 3	105
ANEXO 4	106
ANEXO 5	107

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar”, que foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 20 de dezembro de 2017. Para fins didáticos, esta dissertação está organizada no seguinte formato:

1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Objetivos
4. Artigo 1
5. Artigo 2
6. Considerações Finais
7. Referências

Os documentos de apoio - apêndices e anexos - serão apresentados no final.

1 INTRODUÇÃO

Romper com a invisibilidade vivenciada pelas pessoas que estão em situação de rua e discutir as políticas públicas específicas para esta população é um profundo desafio em todo o mundo. Vivendo no extremo das violações de direitos, estas pessoas encontram-se marginalizadas e estigmatizadas. Este fenômeno é apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma crise mundial de direitos humanos que está relacionada diretamente com o aumento da desigualdade social e que necessita urgentemente de atenção¹. A ONU afirma, também, que os Estados têm a obrigação de medir a magnitude da situação de rua, descrevendo todas as características pertinentes destas pessoas, com o objetivo de estabelecer meios efetivos para acompanhar esse grupo social¹. A última vez que houve um levantamento global sobre a falta de moradia no mundo todo, verificou-se que pelo menos 100 milhões de pessoas estão sem um lugar para viver e mais de 1 bilhão de pessoas estão vivendo em locais inadequados². A situação de rua é ocasionada por uma interação entre fatores individuais e estruturais, e entre os pesquisadores da área há um consenso de que as pessoas passam a viver na rua não por opção, mas por um contexto de exclusão socioeconômica e como consequência de um processo o qual não são capazes de controlar, somado a dificuldades de suporte individual e familiar³. Nos últimos anos, o perfil de pessoas que se encontra em situação de rua vem mudando em muitos países. No Brasil e na Europa, por exemplo, enquanto o perfil predominante é de homens de meia-idade, solteiros e residentes no local onde nasceram, os dados mostram que há uma proporção crescente de mulheres, jovens, famílias e imigrantes em situação de rua⁴. A Federação Europeia de Organizações Nacionais que trabalham com os sem abrigo (FEANTSA) descreve uma realidade de aumento desse contingente populacional em diversos países e afirma que em alguns casos este quadro está ligado a crises financeiras e econômicas⁵. Estes números também são explicados por problemas estruturais de longo prazo e pela falta de políticas públicas de qualidade para enfrentar tal problema⁵.

No Brasil, a partir de uma pesquisa realizada entre 2007 e 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social, estima-se que haja um contingente de, no mínimo, 50 mil pessoas em situação de rua⁶. Ao longo dos anos, estas pessoas vêm conquistando espaço para que sejam partícipes da construção de políticas públicas de qualidade no

país. Dentre os avanços, a criação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua em 2005 foi um dos grandes marcos para essa população, que, desde então, tem ampliado sua força no contexto nacional⁷. A articulação destas pessoas junto a governos, militantes, organizações não governamentais e sociedade civil resultou na implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua no ano de 2009 (Decreto nº 7.053)⁸. Dentre os objetivos desta política está o de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde. No entanto, historicamente o acesso à saúde lhes é dificultado no país em diversos aspectos, desde a burocracia no atendimento, devido à falta de endereço residencial, à falta de cartão SUS; até a discriminação dos servidores ou outros usuários, podendo, inclusive, causar tensões nos serviços⁹.

A realidade vivida pelas pessoas em situação de rua é descrita como complexa, estrutural, dinâmica, heterogênea e multidimensional, nas quais se expressa um processo de acumulação de barreiras ou de riscos em diversos níveis, com poucas oportunidades de acesso aos mecanismos de proteção¹⁰. A partir disto, é bem documentado que as pessoas em situação de rua têm maiores taxas de mortalidade, maior risco de morte e menor expectativa de vida do que o resto da população^{11,12,13,14}. Além disso, há um aumento da prevalência de uma série de doenças infecciosas, transtornos mentais e abuso de substâncias^{15,16}, refletindo em contextos difíceis de vida, inclusive com grande número de suicídios entre as pessoas em situação de rua¹⁷. As evidências mostram que esse grupo populacional enfrenta muitas barreiras no cuidado à saúde^{18,19,20,21,22}, mesmo na existência de sistema de saúde universal²³. Tais barreiras podem ser encontradas no âmbito financeiro, burocrático ou pessoal²⁴ e os problemas de saúde mental ou o uso prejudicial de substâncias psicoativas podem tornar ainda mais difícil o acesso aos cuidados de saúde, resultando em necessidades de saúde não atendidas^{25,26}, inclusive no que diz respeito ao atendimento odontológico²⁶.

Dentro do escopo da saúde bucal, a literatura tem demonstrado que as necessidades não atendidas refletem em condições bucais ruins entre esse grupo. As pessoas em situação de rua apresentam altos números de doenças bucais²⁷, alto impacto na sua qualidade de vida²⁸ e altos níveis de percepção da necessidade²⁹, assim como, pouca utilização dos serviços odontológicos³⁰. Em Porto Alegre, no censo da população em situação de rua realizado em 2016, os participantes da pesquisa foram interrogados acerca da presença de um conjunto de problemas e/ou doenças. Os resultados

demonstraram que, junto com a dependência química, as doenças e/ou problemas nos dentes foram os que apresentaram o maior percentual – 47,2% dos entrevistados³¹. Por ser uma das maiores queixas na vida dessas pessoas, sugere-se que a população em situação de rua deve ser considerada como um grupo que necessita de cuidados especiais e diferenciados para a saúde bucal³².

Portanto, estratégias e políticas integradas que respondam as reais necessidades de saúde bucal dessa população precisam ser pensadas. No entanto, apesar de a pesquisa científica se propor a realizar investigações que impactem de fato a realidade social, pouco se vê na literatura um enfoque para o embasamento de políticas específicas para as pessoas em situação de rua. É necessário investigar melhor a saúde bucal desta população, buscando compreender as barreiras de acesso e os fatores que estão relacionados à situação de rua. Ainda, é preciso aprofundar a discussão sobre as experiências de dor dentária na vida dessas pessoas, a partir de uma perspectiva ampla. Assim, o presente estudo tem caráter pioneiro, pois objetiva avaliar, sob ângulos diferentes, a condição de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização

Ao longo das décadas, as pessoas em situação de rua foram vistas e tratadas de maneiras distintas conforme o contexto do período histórico. No entanto, independentemente da época, a exclusão social e territorial sempre foram características inerentes a este fenômeno que se desenvolveu à margem do sistema de organização social e que foi aprofundado devido ao crescimento rápido das cidades e da urbanização³³. Na tentativa de garantir a dignidade da vida humana, a Declaração Universal de Direitos Humanos, artigo 25, afirma que toda pessoa tem direito a um padrão de vida adequado para a sua saúde e bem-estar, incluindo alimentação; vestuário; habitação; cuidados médicos; serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle³⁴. No mesmo sentido, a Constituição Federal Brasileira declara no artigo 6º que a moradia e a assistência aos desamparados são direitos sociais de todo o cidadão³⁵. Contudo, dentro de um contexto de extrema violação de direitos, as pessoas em situação de rua vivem, mesmo que de maneira heterogênea, uma realidade de estigmatização e marginalização. Esse problema é internacional e é apresentado pela Organização das Nações Unidas como uma crise mundial de direitos humanos que está relacionada diretamente com o aumento da desigualdade social e que necessita urgentemente de atenção¹.

É necessário esclarecer quem são as pessoas que, nas políticas públicas brasileiras e neste trabalho, fazem parte do conceito de “população em situação de rua”. Em primeiro lugar, ressalta-se o quanto essa população é complexa e múltipla³⁶, evitando reiterar processos excludentes que podem fazer com que conceitos fixos sejam generalizantes. No entanto, por existir uma essência comum na realidade vivida por essas pessoas³⁷, é importante que o conceito seja aprofundado. Nos diversos idiomas existem denominações diferentes adotadas por órgãos internacionais, entidades governamentais, teóricos, pesquisadores e sociedade civil para tratar do tema e, há muito tempo, um dos conceitos mais utilizados no mundo é o termo “homeless” (sem-teto). Apesar de, na maioria das vezes, o significado desta palavra parecer quase literal, descrevendo a ausência de domicílio, a definição oficial utilizada pelo United States Department of Housing and Urban Development (HUD) considera como “sem-teto” os

indivíduos que não possuem uma residência noturna fixa, regular e adequada³⁸. Dentro desse conceito ainda são incluídos aqueles que vivem em locais que não foram projetados para acomodação (ex: carro, parque, prédio abandonado, estação de ônibus), assim como aqueles que vivem em abrigos ou habitações transitórias ou, ainda, que residam em locais não destinados à habitação humana³⁸. Ainda assim, no geral, o termo “sem-teto” concentra a atenção na falta de residência como um espaço físico.

Na Europa, para buscar uma melhor compreensão conceitual dessa população, foram identificados três domínios que constituem um “lar”, sendo eles o domínio físico (espaço sobre o qual a pessoa ou família pode exercer posse exclusiva), o domínio social (espaço onde é possível a manutenção da privacidade e o desfrute das relações) e o domínio jurídico (espaço em que se tem o título legal de ocupação). Assim, uma abordagem foi criada em 2005 pela Federação Europeia de Organizações Nacionais que trabalham com este grupo populacional (European Federation of National Organisations working with the Homeless – FEANTSA), estabelecendo um consenso do uso da tipologia ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion/Tipologia Europeia de Sem Abrigo e Exclusão Habitacional) como linguagem comum sobre a exclusão habitacional e a situação de rua⁵. Nesta ferramenta são elaboradas quatro categorias conceituais que abrangem diversas formas de vida relacionadas à falta de moradia: sem-teto (dormindo ao relento), sem casa (em instituições temporárias e abrigos), habitação precária (locais inseguros) e habitação inadequada (locais ilegais, habitações em extrema superlotação). Estas categorias ainda são divididas em 13 subtipos que buscam contemplar diversas situações que permeiam a exclusão habitacional, sendo percebida como um processo dinâmico, em vez de um fenômeno estático, que afeta pessoas vulneráveis em diferentes pontos de suas vidas⁵.

A construção de um novo conceito no Brasil surgiu com o entendimento de que os termos que estão relacionados especificamente à falta de moradia, como ‘sem-teto’, ‘sem-abrigo’ ou ‘sem-lar’ podem diminuir a riqueza das profundas situações que estas pessoas vivenciam pelo fato de estarem na rua e não apenas pela privação de um abrigo físico³⁹. Ainda, para a definição de um nova visão, reconhecia-se a necessidade de romper com o termo “mendigo”, algo muito comum no vocabulário da sociedade brasileira e que partia do pressuposto de que aqueles que vivem nas ruas pedem esmolas para sobreviver³⁹. No entanto, sabe-se que essa não é uma característica geral dessa população. No último censo cadastral dos adultos em situação de rua de Porto

Alegre, por exemplo, menos de 10% afirmaram praticar a mendicância³¹. Em todo o país, esses indivíduos por muito tempo também foram chamados de ‘moradores de rua’. Conceito, este, que não permite um reconhecimento da situacionalidade da experiência nas ruas e que pode determinar um estado insuperável que não deixa espaço para outras formas possíveis de vida³⁹. Assim, no Brasil, a partir da década de 1980, foram aprimoradas discussões para que os estigmas relacionados a essa população fossem repensados e, a partir de toda uma movimentação política, na tentativa de entender a rua como uma realidade em movimento, surge no repertório nacional o conceito de “pessoas/população em situação de rua”³⁹. Nesse sentido, o termo tem o objetivo de refletir a rica multiplicidade dessas pessoas e descrever um conjunto de populações diversas que circulam e fazem das ruas seu local de existência e moradia, mesmo que temporariamente, e/ou que fazem uso dos serviços próprios para a sua proteção e promoção de direitos³⁹.

Para entender o contexto de vida dessa população, também é preciso reconhecer o processo de quebra da conexão social e familiar que estas pessoas experienciam³⁷. O decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009, o qual institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua no Brasil, considera este um grupo populacional heterogêneo que apresenta, além da inexistência de moradia convencional regular, a pobreza extrema e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados⁸. Dessa forma, o fato de estar em situação de rua pode ser visto como reflexo de uma interação entre circunstâncias individuais e fatores estruturais externos mais amplos¹. Relacionada com as vulnerabilidades de cada indivíduo, como deficiências psicossociais, desemprego, vícios ou outras questões de dificuldade, a situação de rua também se estabelece pela incapacidade dos Estados em superar estruturalmente a pobreza e a exclusão social¹. Além disso, a falta de bem-estar dessas pessoas também está intimamente ligada com a discriminação que sofrem em diversos âmbitos⁴⁰. Discute-se, inclusive, que a discriminação é simultaneamente uma causa e uma consequência da situação de rua. Aqueles que sofrem discriminação devido a sua raça, etnia, nacionalidade, situação socioeconômica, situação familiar, deficiências, estado de saúde, orientação sexual, identidade de gênero ou idade são mais suscetíveis a viver nas ruas e, também, são os mesmos que sofrem mais discriminação quando se encontram em situação de rua¹.

2.2 Descrição

Obter uma noção precisa do número de pessoas em situação de rua é extremamente complexo, principalmente em âmbito mundial. Os dados que contabilizam essa população são retirados tanto de levantamentos censitários, como de pesquisas de caráter amostral. Muitas vezes, são levadas em conta apenas pessoas que vivem em abrigos oficiais ou recebem apoio governamental direto, o que provavelmente diminui muito o número real. Os levantamentos que investigam esse grupo também passam pelo desafio de descobrir aquelas pessoas que podem estar “escondidas” em locais precários, que talvez possam preferir não ser identificadas ou, ainda, que vivem de maneira itinerante. Em 2005, o último levantamento global realizado pela ONU estimou que 100 milhões de pessoas foram desabrigadas em todo o mundo². No entanto, não se sabe quantas permaneceram sem moradia ao longo do tempo, pois dificilmente é possível o acompanhamento longitudinal dessas informações. Ainda, a definição entre não ter casa ou ter moradia inadequada é bastante tênue, o que pode interferir consideravelmente nas estimativas. Em 2014 uma revisão publicada no *The Lancet* demonstrou que, apesar da grande diversidade de registros e de metodologias utilizadas, o número de pessoas em situação de rua mesmo em países de alta renda ainda é bastante significativo (figura 1)¹⁵.

<p>Canada</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 400 people sheltered nightly* • 150 000 sheltered annually; an estimated 150 000–300 000 homeless people per year† <p>USA</p> <ul style="list-style-type: none"> • 610 042 (one night; both sheltered and unsheltered)* • 2.5–3.5 million annually† <p>Australia</p> <ul style="list-style-type: none"> • An estimated 105 000 people nightly* <p>EU member states</p> <ul style="list-style-type: none"> • 410 000 per night*; 4.1 million annually† <p>Austria: data available from Vienna only</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7526 individuals used homeless services in 2009† <p>France: data available from Paris</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3376 requests for housing one night in 2010* <p>Germany</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annual estimates of 248 000 in 2010† <p>Greece</p> <ul style="list-style-type: none"> • An estimated 20 000 individuals in 2011† 	<p>Hungary: data available from Budapest</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6302 in shelters one night in 2011*; 2870 rough sleepers that same night* <p>Ireland</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3808 sheltered individuals on census night 2012* <p>Italy</p> <ul style="list-style-type: none"> • 47 648 homeless individuals in 2012† <p>Lithuania</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2142 sheltered individuals in 2010† <p>Poland</p> <ul style="list-style-type: none"> • 42 768 received financial support due to homelessness in 2010†; about 9600 sleeping rough nightly in 2011* <p>Spain: data from Barcelona only</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2791 on census night in 2011* <p>UK</p> <ul style="list-style-type: none"> • In England, there were 2309* rough sleepers in one night count • 185 000 homeless people a year in 2013† <p><small>References for estimates can be found in the appendix. *Point-in-time estimate. †Annual estimate.</small></p>
---	--

Figura 1: Estimativas das pessoas em situação de rua por país. *The Lancet* 2014.

A dificuldade em obter números precisos sobre o contingente de pessoas em situação de rua, devido às diferentes visões, prejudica a comparabilidade dos dados⁴¹.

As definições e nomenclaturas diversas que são utilizadas para descrever esta população nas diferentes nações podem criar percepções díspares na interpretação dos dados e podem dificultar a avaliação de tendências. No Japão, por exemplo, quando se definiu a falta de abrigo como a situação em que as pessoas vivem na rua, os dados disponíveis mostraram que o número estava diminuindo como resultado dos programas sociais do país. No entanto, ao mudar a definição para a falta de acesso a uma moradia minimamente adequada, os dados mostraram um número crescente de pessoas nestas condições⁴².

Diversos outros fatores influenciam na qualidade das investigações sobre esse tema, como os altos custos envolvidos, a escassez de financiamentos, os movimentos itinerantes da população, as diferentes épocas do ano para a coleta de dados, o difícil acesso a alguns locais, o tempo de permanência em locais de acolhimento, entre outros³⁹. Como consequência, geralmente este grupo populacional não é incluído nos censos demográficos dos países e a ausência de dados fidedignos pode superestimar ou subestimar os números, gerando planejamentos políticos e sociais errôneos. No Brasil, por exemplo, os censos nacionais são realizados a partir de coleta de dados com base domiciliar, podendo refletir em um processo de invisibilidade desse grupo social frente ao Estado, trazendo dificuldades para embasar políticas públicas de qualidade⁴³.

Apesar dos limitadores, as pesquisas existentes fornecem evidências sobre números relativos das pessoas em situação de rua nas diferentes nações. O “State of Homelessness in America” do ano de 2016, é o mais recente relatório que expressa o retrato e as tendências das pessoas em situação de rua nos Estados Unidos⁴⁴. Em uma única noite de janeiro de 2015, verificou-se o número bastante expressivo de mais de 560 mil pessoas dormindo na rua, em abrigos ou em habitação transitória. No entanto, o país teve uma pequena queda do contingente desta população: de 17,7 pessoas desabrigadas por 10.000 pessoas em 2015, para 18,3 em 2014, representando uma diminuição de 2%. Ao analisar detalhadamente, percebe-se que as tendências variaram entre os estados americanos, sendo que a diminuição nacional do contingente foi devido à diminuição significativa apenas em três grandes estados⁴⁴. Apesar do declínio, o próprio país reconhece que mesmo que o número de pessoas desabrigadas esteja, desde 2007, diminuindo, o tamanho das populações de baixa renda em habitações de grande risco continua significativamente alto⁴⁴. Na Austrália, em contrapartida, as estimativas do censo realizado em 2011 verificaram mais de 105 mil pessoas na condição de sem-

abrigo representando um aumento de 8% em relação a 2006. Estima-se que pelo menos 44.000 jovens australianos com idade inferior a 25 anos estejam em situação de rua, sabendo que o número real é provavelmente mais elevado⁴⁵.

Em 2012, foram analisados os dados de 21 países da União Européia⁵, sendo que destes, 15 também apresentaram tendências para o aumento das pessoas em situação de rua. A análise demonstra que o número de desabrigados diminuiu na Holanda, Finlândia e Escócia como resultado de estratégias integradas que dão suporte a estas pessoas⁵. No mesmo ano, foi realizada uma revisão que avaliou as tendências da falta de moradia em 12 países participantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Viu-se que apenas a Alemanha e a Inglaterra apresentaram uma tendência de queda no seu quantitativo de desabrigados, enquanto que na maioria dos outros países analisados, o número pareceu estável estatisticamente (como por exemplo, na Austrália e EUA) ou em ascensão (como na Suécia, Polônia e Canadá)⁴¹. No entanto, os autores alertam que Inglaterra e Alemanha não parecem se destacar nas políticas para que esta diminuição tenha ocorrido de fato, e que há uma inconsistência dos dados disponíveis para avaliar tendências⁴¹.

No Brasil, a partir de uma pesquisa realizada entre 2007 e 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social, estima-se que haja um contingente de pelo menos 50 mil pessoas que se enquadrem nesta definição. Nesta oportunidade, foram pesquisados 71 municípios com mais de 300.000 habitantes, no que foi chamada de Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua⁶. Sabe-se, no entanto, que esse número não pode ser considerado como o valor absoluto de pessoas em situação de rua no país, pois esta pesquisa se propôs a avaliar apenas adultos, além de não ter sido realizada em todos os municípios brasileiros. Esse dado é o somatório do número encontrado no levantamento nacional com as informações de municípios que, na mesma época, realizaram suas próprias pesquisas separadamente e com metodologias diferentes (São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre)⁶. Infelizmente, devido à ausência de outros levantamentos censitários até o momento, não é possível fazer uma avaliação longitudinal dos dados do país. Contudo, em Porto Alegre já foram realizados alguns recenseamentos da população em situação de rua. Em 2011 e 2016, visando atualizar os dados coletados na pesquisa anterior (2007/2008), e redimensionar o tamanho e as características deste grupo populacional, foi realizado novamente o cadastramento censitário dos adultos em situação de rua³⁶. Em ambas as oportunidades, verificou-se

um grande aumento do número de pessoas vivendo nessas condições, chegando a 2115 indivíduos em 2016, representando um aumento de 75% desde 2008³¹.

A FEANTSA afirma que em alguns casos estes aumentos estão ligados a episódios de crises financeiras e econômicas nos países, mas, ressalta que estes números também são explicados por questões estruturais de longo prazo e pela falta de políticas públicas de qualidade para enfrentar o problema⁵. De qualquer maneira, os Estados tem a obrigação de medir a magnitude da situação de rua, descrevendo todas as características pertinentes destas pessoas em seus territórios, com o objetivo de estabelecer meios efetivos para acompanhar esse fenômeno social¹. Além disso, destaca-se a importância de os países agregarem outras metodologias para abordar este tema, como a pesquisa científica e a pesquisa qualitativa, visto que estas são ferramentas essenciais para fomentar discussões que ultrapassam o alcance dos números¹.

2.3 Caracterização

O conhecimento das características das pessoas que estão em situação de rua é imprescindível para que sejam elaboradas políticas integradas que respondam as reais necessidades desse grupo. De forma geral, o perfil mais comum que se encontra em situação de rua é o homem, solteiro, com idade média entre 30 e 50 anos, nascido no próprio local em que vive, que nunca possuiu casa própria ou terreno, usuário frequente de centros de acolhimento, com uso crônico de álcool e drogas ou com passado de problemas sociais e de saúde mental⁴. No entanto, nos últimos tempos o perfil dessa população vem ampliando-se para características cada vez mais abrangentes no mundo todo, e, atualmente, também inclui imigrantes, jovens, desempregados, endividados, mulheres, famílias monoparentais, famílias numerosas, idosos, comunidades nômades e diversas outras minorias que estão vivendo em risco social eminente para a falta de moradia⁴. Dentre as pessoas em situação de rua no mundo existem indivíduos estrangeiros, com problemas familiares precoces, com baixa escolaridade e com poucas competências profissionais⁴. Ainda, há uma tendência geral de dois grupos de pessoas apresentarem altas prevalências de situação de rua: as pessoas que são vítimas de racismo e que sofrem de doença mental⁴.

No Brasil, apesar de o último levantamento nacional ter ocorrido há quase uma década, as informações existentes são úteis para ilustrar um pouco o perfil da população em situação de rua do país⁶. Viu-se que a maior parte dessa população era do sexo masculino, com idade entre 25 e 44 anos, de cor preta ou parda, e exercia algum tipo de atividade remunerada, com apenas 15,7% pedindo dinheiro como principal meio para a sobrevivência⁶. Os níveis de renda eram baixos, pois mais da metade recebia entre R\$20,00 e R\$80,00 semanais (salário mínimo em 2008 era de R\$ 415,00) e a grande maioria costumava dormir na rua. Os dados também mostraram que grande parte era proveniente do município onde se encontrava ou de cidades próximas e, apesar de mais da metade possuir algum parente residente na cidade onde se encontrava, quase 40% não mantinha contato com esses parentes⁶. As principais razões pelas quais essas pessoas relataram estar em situação de rua eram o alcoolismo e as drogas em primeiro lugar, seguido de desemprego e problemas familiares. Quase metade estava há mais de 2 anos dormindo na rua ou em abrigos e cerca de 30% dormia na rua há mais de 5 anos. Com relação à vida social, quase a totalidade da população não participava de qualquer movimento social/ativismo e viram-se altos índices de discriminações sofridas ao serem impedidos de entrar em locais públicos (entre eles a rede de saúde). Além disso, 24,8% não possuíam quaisquer documentos de identificação, mais da metade não exercia o voto, e a grande maioria afirmou não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais⁶. Apesar das poucas informações disponíveis no território nacional para avaliar as mudanças de perfil dessas pessoas, os levantamentos foram e, seguem sendo, úteis na implementação de políticas públicas especializadas para a população em situação de rua.

2.4 Políticas Públicas

No que diz respeito à prevenção da situação de rua e todos os fatores relacionados, fica nítido que soluções que enfoquem apenas na disponibilização de casas ou no maior número de vagas em abrigos não são suficientes. Para que se possa ter uma abordagem integral e integrada, políticas públicas que entendam o contexto de vida destas pessoas são necessárias, visto que a problemática é descrita como uma realidade complexa, estrutural, dinâmica, heterogênea e multidimensional¹⁰. O contexto de vida dessas pessoas expressa um processo de acumulação de barreiras ou de riscos

em diversos níveis (trabalho, formação, social, econômico, relacional e de habitação), além de uma limitação de oportunidades de acesso aos mecanismos de proteção¹⁰.

As políticas públicas devem ampliar as oportunidades através da oferta de serviços de qualidade e que respeitem a autonomia e singularidade destes cidadãos. Estratégias eficazes devem contemplar múltiplas dimensões, através de uma série de políticas e programas públicos, agindo simultaneamente na exclusão social e na privação de habitação¹. Ainda, essas estratégias devem ser pensadas e articuladas pelas próprias pessoas em situação de rua, através dos movimentos sociais que, junto a todos os níveis de governo, devem desenvolver e implementar políticas para prevenir a situação de rua, reconhecendo que esta violação de direitos humanos é inaceitável¹. Dentre as recomendações para os países e para os gestores locais, alguns apontamentos urgentes são feitos pela ONU: a eliminação da situação de rua até no máximo 2030; o desenvolvimento de estratégias imediatas que contemplem as causas estruturais e soluções de longo prazo; e a revogação imediata de qualquer lei ou medida que discrimine, multe, criminalize, ou restrinja os desabrigados¹.

Percebe-se que ao longo do tempo há cada vez mais uma preocupação em criar estruturas que possam conferir ao ser humano que se encontra nesta situação o exercício pleno da cidadania, com o entendimento de que aquilo que era solução (abrigo e proteção básica) deixa de ser um fim e passa a ser um meio⁴. Na Europa, por exemplo, o reconhecimento de que este fenômeno social é uma questão complexa e que demanda uma abordagem ampla começa a tomar força a partir da década de 1970. Como reflexo, entre 2001 e 2010, os relatórios da Comissão Europeia ampliam a visão sobre esta população e observam que o problema é uma das prioridades, visto que os governos europeus começam a exigir que sejam adotadas estratégias urgentes para tratar desta questão⁴.

No Brasil, a discussão sobre a população em situação de rua começou a ter visibilidade durante o período de redemocratização na década de 1980. À época, surgiam muitos movimentos sociais e as discussões sobre políticas públicas se intensificavam. Na aprovação da Constituição Federal de 1988, os direitos sociais e a igualdade de todos perante a lei foram determinadas, sendo crucial para a população em situação de rua, visto que se tornou impossível não incluí-la nos debates⁴. Na efervescência democrática que vivia o país, foi aprovada em 1993 a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que trouxe a assistência social como um direito do cidadão

e dever do Estado, além de visar o enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais⁴⁶. Como reflexo, em 2004, aprovou-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que assegura cobertura à população em situação de rua e atribui à Proteção Social Especial o seu atendimento. A PNAS afirma que “à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito”⁴⁷. Além disso, a política tem como objetivo de atuar na perspectiva da equidade, protegendo sujeitos com maiores graus de riscos sociais como a população em situação de rua⁴⁷.

A ampliação da visibilidade e a cobrança por proteção e políticas de qualidade para esta população no país ocorrem a partir do famoso “massacre da Praça da Sé”, quando 7 pessoas em situação de rua foram mortas em São Paulo⁴⁸. Um ano depois, nasce publicamente o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), pautando as reivindicações e exigindo que este fenômeno social não seja ignorado nem pelo poder público, nem pela sociedade civil⁴⁸ e, como uma das principais conquistas do movimento, ocorre o primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. No evento, uma das ações apontadas como prioritárias foi a realização de estudos que possam entender a realidade socioeconômica destas pessoas, além da reorganização dos serviços de saúde para atender as demandas desta população⁴⁹. Assim, agregando a essas conquistas, em 2005 é estabelecida a Lei nº 11.258 que traz a obrigatoriedade da criação de programas especializados à população em situação de rua, no âmbito da organização dos serviços de assistência social⁵⁰. Alguns anos depois, a realização da Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua⁶ é um dos grandes impulsos para a construção da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída finalmente pelo Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009⁸. Desde então, a política passa a ser o principal norteador das ações intersetoriais e uma conquista essencial desta população, pois assegura a efetividade e qualidade dos serviços, tendo como um dos objetivos a garantia do acesso amplo, simplificado e seguro às políticas públicas de saúde⁸.

Apesar disso, sabe-se que o acesso à saúde lhes é dificultado no país em diversos aspectos, desde a burocracia no atendimento, devido à falta de endereço residencial, à falta de cartão SUS; até a discriminação dos servidores ou outros

usuários, podendo, inclusive, causar tensões nos serviços⁹. É importante destacar que no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, de forma gratuita^{51,52}. No entanto, os serviços para as pessoas em situação de rua também requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções, com monitoramento dos encaminhamentos e articulação da rede para o estabelecimento de apoios e processos que assegurem a qualidade na atenção⁴⁷. Por isso, em 2011, o Sistema Único de Saúde instituiu, em sua Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria nº 2.488/GM/MS que cria serviços especializados para o atendimento dessa população através das Equipes de Consultório na Rua (eCR)⁵³. Este serviço, pertencente à Atenção Básica, tem caráter específico para o atendimento da população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, visando garantir a promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos e reabilitação⁵³. Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil continua sendo de todo e qualquer profissional do SUS, sendo que as eCR surgem em situações específicas para ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção⁵⁴.

Em termos gerais, percebe-se que durante as últimas décadas as conquistas desta população foram muitas e que a discussão acerca do tema está em crescimento. Cada vez mais precisam ser elaboradas políticas que garantam os direitos dessas pessoas e que reflitam sobre as iniquidades que ainda persistem.

2.5 Iniquidades Sociais e em Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as iniquidades no campo da saúde devem ser superadas a partir do incremento do acesso a bens e serviços promotores de saúde e da criação de ambientes favoráveis às pessoas menos favorecidas⁵⁵. As políticas públicas devem ser estabelecidas com alta prioridade aos grupos sociais mais desprivilegiados⁵⁵, visto que a pobreza absoluta e a falta de mínimos necessários para viver ainda são uma realidade frequente mesmo nos países mais ricos⁵⁶.

No contexto de extrema vulnerabilidade no qual as pessoas em situação de rua estão inseridas, as iniquidades e limitações de acesso aos serviços de saúde são bastante marcantes. Estas pessoas encontram barreiras sociais significativas no que diz respeito ao cuidado de sua saúde^{18, 21}, pois além de já apresentarem, muitas vezes, limitações físicas e mentais, também possuem uma reduzida experiência de trabalho, baixos níveis de alfabetização, falta de competências e rompimento de vínculos, vivendo, portanto, uma causa e consequência da própria situação de rua⁴. Nesse sentido, é fácil imaginar o quanto o fato de estar na rua dificulta a organização de uma rotina de hábitos de higiene pessoal e de manutenção da saúde. Como consequência, ainda, a dificuldade em cuidar da aparência e o estabelecimento de problemas de saúde são fatores que podem prejudicar na hora de buscar empregos e acessar os serviços. Por isso, a população em situação de rua é caracterizada como um grupo particularmente em risco para o adoecimento, visto que viver na rua ou em abrigos exacerba os problemas de saúde existentes e faz com que novas doenças se estabeleçam com mais facilidade⁵⁶. Algumas condições crônicas que são enfrentadas com dificuldade pela população em geral, podem ser ainda mais difíceis de equilibrar sob as circunstâncias em que se encontram as pessoas em situação de rua¹⁰. Com relação aos problemas de quadro agudo, como infecções, lesões e pneumonia, muitas vezes a cura torna-se inviável quando o repouso em local adequado e em condições sanitárias básicas não é possível¹⁰.

As pessoas em situação de rua são comumente afetadas por um fenômeno de 'trí-morbidade', com os efeitos da doença física, da doença mental e do abuso de substâncias se combinando para produzir necessidades de saúde muito complexas⁵⁷. Ademais, estas pessoas tem maior risco para a ocorrência de doenças transmissíveis e violência por causa das condições de vida, locais sobrepovoados, falta de privacidade e insegurança³². A dificuldade para guardar medicamentos, ir a consultas médicas, seguir orientações dos profissionais de saúde, está intimamente relacionada com a necessidade de procurar abrigo para dormir e, ainda, com o sofrimento de intempéries ou roubos³². Ainda, a falta de documentos é mais uma barreira de acesso, pois torna essa população invisível⁵⁸.

Assim, o processo de acumulação de barreiras e riscos em diversos níveis, além da pouca oportunidade de acesso aos mecanismos de proteção¹⁰, faz com que a população em situação de rua apresente, de maneira geral, maiores taxas de mortalidade, maior risco de morte e menor expectativa de vida do que o resto da

população^{11,12,13,14}. Em uma revisão sistemática, publicada em 2014 pelo The Lancet, é descrito que as taxas de mortalidade para essa população variam entre os países, mas são tipicamente 2 a 5 vezes maiores que na população em geral, sendo esta diferença ainda mais evidente nos jovens¹⁵. Quando comparadas com indivíduos em geral, observa-se que as pessoas em situação de rua também apresentam maiores proporções de suicídios^{11, 18, 59}, apesar de existirem poucos estudos que aprofundam essa questão⁶⁰.

Por outro lado, é bem documentado que o aumento da prevalência de uma série de doenças infecciosas, transtornos mentais e abuso de substâncias de fato ocorre^{15,16,17}. Altas proporções de tabagismo e aumento do risco de alcoolismo entre adultos em situação de rua são observados¹⁵. Os problemas de saúde mental e o uso de álcool ou drogas podem tornar ainda mais difícil o acesso aos cuidados de saúde e a garantia da continuidade dos cuidados, resultando em necessidades de saúde não atendidas^{25,26}. As evidências também mostram consistentemente que esse grupo populacional enfrenta barreiras no cuidado à saúde^{17,19,20,21,22}, mesmo em locais em que há um sistema de saúde universal²³. Tais barreiras podem ser encontradas no âmbito financeiro, burocrático ou pessoal²⁴, gerando menor propensão de estas pessoas serem integradas em qualquer tipo de sistema de cuidados de saúde primários, refletindo na maior utilização de serviços de emergência para a maioria das suas necessidades de saúde e altas taxas de hospitalização⁶¹. No entanto, embora a prevalência de fatores de risco modificáveis nessas pessoas seja alta, o desejo de mudar também é elevado, indicando a necessidade de intervenções relevantes para essa população⁶².

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua observou que 43,8% dos entrevistados afirmaram que procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes, e 27,4% procuram o posto de saúde⁶. Além desses dados, é importante destacar que entre essa população, no Brasil, são recorrentes os relatos de recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde. Na Pesquisa Nacional, citada anteriormente, quase 20% das pessoas em situação de rua afirmaram já ter passado por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde⁶. Assim, ressalta-se a importância de aprofundar o entendimento sobre as iniquidades, reconhecendo que esse é um grupo diferenciado que demanda serviços preparados para atender as suas necessidades em todos os âmbitos da saúde.

2.6 Saúde Bucal

Dentro da problemática da saúde, a literatura tem demonstrado má saúde bucal e necessidades de cuidados de saúde orais elevadas entre este grupo social. É possível verificar que as pessoas em situação de rua apresentam proporções elevadas de doenças bucais²⁷, alto impacto na sua qualidade de vida²⁸, altos níveis de percepção da necessidade²⁹, pouca utilização dos serviços odontológicos³⁰ e grandes necessidades de cuidados urgentes⁶³. Em Porto Alegre, por exemplo, no censo realizado em 2016, as pessoas em situação de rua foram interrogadas acerca da presença de um conjunto de problemas e/ou doenças. Os resultados demonstraram que, junto com a dependência química, as doenças e/ou problemas nos dentes foram os que apresentaram o maior percentual³¹.

Sabe-se que a dor nos dentes pode impactar na qualidade de vida de qualquer indivíduo, podendo prejudicar desde a alimentação e o sono adequado, até a capacidade de trabalhar e de se divertir⁶⁴⁻⁶⁷. Nessa população, a dor dentária é muito frequente⁶⁸, e pode resultar, muitas vezes, na busca pelo alívio do sofrimento com ações alternativas como o uso de álcool ou droga³⁰, ou na busca por extrações dentárias em serviços de emergência⁶⁹.

Por isso, tem sido sugerido que esta população deve ser considerada como um grupo que necessita de cuidados especiais e diferenciados para a saúde bucal³². O Ministério da Saúde enfatiza a especificidade da demanda da PSR e ressalta que entre as prioridades em saúde desta população está a saúde bucal. Afirma, também, que a equipe de Saúde Bucal (ESB) tem a responsabilidade de adotar uma postura de compreensão e apoio para esse grupo social, possibilitando o acesso de maneira equânime³². O material reconhece que muitas dificuldades poderão ser vivenciadas pelo profissional de saúde bucal: atender o usuário sob o efeito de drogas/álcool; más condições de higiene (geral e bucal); dificuldade em comparecer à consulta no dia e horário agendado; imediatismo na resolução dos problemas; perda sistemática de escova, dentifrício e medicamentos; abandono do tratamento por conveniência ou impossibilidade. Contudo, o trabalho da saúde bucal deve extrapolar o sentido somente da assistência, visto que pode contribuir para a construção de vínculo e possibilitar o resgate da cidadania³².

Assim, os serviços de saúde devem conhecer a dinâmica de vida das pessoas em situação de rua, entender os impactos gerados pelos seus problemas de saúde oral e ter sensibilidade para levar em consideração as suas particularidades e condições sociais, sem estigmatizá-los. Os profissionais de saúde bucal precisam estar capacitados para atender a população em situação de rua de forma diferenciada, visto que ainda são insuficientes as ações para dar conta dessa complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar, sob ângulos diferentes, a condição de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atitudes e conhecimentos de equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre com relação à população em situação de rua;
- Descrever a condição de saúde bucal, com foco nas experiências de dor dentária, de uma amostra de adultos em Situação de Rua que acessam serviços de assistência social na cidade de Porto Alegre.

4 ARTIGO 1

Atitudes e Conhecimentos de Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde relacionadas à População em Situação de Rua na cidade de Porto Alegre, Brasil.

A ser submetido à *Cadernos de Saúde Pública*

Marcela Obst Comassetto¹, Juliana Balbinot Hilgert^{1,2}

1 Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever atitudes de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Primária à Saúde (APS) com relação à População em Situação de Rua (PSR) em Porto Alegre, Brasil. Pesquisa transversal descritiva realizada com profissionais de saúde bucal da APS e ocorrida de abril a junho de 2017. Utilizaram-se questionários estruturados contendo variáveis socioeconômicas e questões sobre formação e atuação profissional, capacitação, experiência, opinião e conhecimento. Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio do software SPSS v.21.0. Dos 200 participantes, a maioria afirmou não ter recebido capacitação sobre PSR (86,0%), mas ter interesse em receber (82,8%), sendo que poucos se consideraram capacitados para atendê-los (20,7%). Menos da metade já atendeu alguém em situação de rua (42,9%), cuja frequência de atendimentos é rara (75,2%) e sem equidade no acesso dessas pessoas a tratamento (57,5%). A maioria sabe que os serviços de APS são responsáveis pelo cuidado da PSR (81,0%) e conhece a legislação que os isenta de comprovar endereço no Cartão SUS (93,3%). No entanto, alguns profissionais acham que a PSR não deve ser atendida dependendo das suas condições de vestimenta, higiene, falta de documentos ou uso de substâncias. Viu-se que há pouca experiência das ESB com esse grupo, além de fraca equidade e baixa presença da PSR nos serviços de saúde bucal. Porém, os profissionais demonstraram interesse na temática e conhecem a legislação. Por ser o primeiro estudo no Brasil a pesquisar atitudes de ESB da APS com esse grupo, os dados tem potencial para romper a invisibilidade da PSR e discutir a sensibilização dos profissionais para o cuidado qualificado e equânime em saúde bucal.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Atitude do Pessoal de Saúde; Saúde Bucal, Equidade no Acesso

Dentists and Dental Hygienists Attitudes Towards Homeless in Primary Health Care in Porto Alegre, Brazil.

ABSTRACT:

The objective of this study was to describe the attitude of Oral Health Staff (OHS) of the Primary Health Care (PHC) regarding to the homeless people of Porto Alegre, Brazil. Descriptive cross-sectional research conducted with oral health professional of the PHC and occurred from April to June of 2017. Were used structured questionnaires containing socio economic variables and questions about education and professional exercise, training, experience, opinion and knowledge. A descriptive analysis of the variables was performed using SPSS v.21.0 software. Of the 200 participants, most of them stated that they did not receive training on SRP (86.0%), but had an interest in receiving (82.8%), and few considered themselves qualified to serve them (20.7%). Less than half already examined someone homeless (42,9%), whose frequency of attendance is rare (75,2%) and without equity on the access of these people in treatment (57,5%). The majority knows that the PHC services are responsible for homeless people care (81,0%) and knows the legislation that exempts them of proof of address through SUS Card (93,3%). However, some professionals think that homeless people does not have to be examined depending on its clothing condition, hygiene, lack of documents or use of substances. It was found that there is little experience of the OHT with this group, besides weak equity and low presence of homeless people on oral health services. However, the professionals demonstrated interest in the subject and know the legislation. For being the first study in Brazil to research the attitude of the OHT of the PHC with this group, the data has potential to break the invisibility of homeless people and discuss the professional's sensitization to qualified care in oral health.

Keywords: Homeless Persons; Attitude of Health Personnel; Oral Health, Equity in Access.

INTRODUÇÃO

A pobreza absoluta e a falta de moradia ainda existem tanto em locais menos desenvolvidos quanto nos países mais ricos do mundo¹ e, por ser uma violação dos direitos humanos, é responsabilidade de todos os níveis de governo a implementação de políticas, leis e estratégias multidimensionais que busquem o enfrentamento do problema.² No Brasil, a discussão da falta de moradia gira em torno do conceito de ‘População em Situação de Rua’, que surge em um contexto de mobilização política e descreve um conjunto de populações diversas que circulam e fazem das ruas seu local de existência e moradia e/ou que fazem uso dos serviços próprios para a sua proteção.³ Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social estimou um contingente de pelo menos 50 mil pessoas vivendo nessas condições no Brasil, no esforço intitulado ‘Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua’.⁴ Na ocasião, constatou-se uma grande invisibilidade dessas pessoas, visto que 1/4 não possuía documentos de identificação, mais da metade não exercia o direito ao voto, a grande maioria não recebia benefício governamental, e quase a totalidade não participava de qualquer movimento social.⁴

Apesar da frágil participação coletiva, a maior conquista dessa população no país surge em 2009, quando foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)⁵, com o entendimento de que este é um grupo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Dentre os objetivos da PNPSR, está o de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas de saúde, além de articular o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o Sistema Único de Saúde (SUS) para ofertar cuidado e proteção a essas pessoas.⁵ O SUS tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, de forma gratuita.^{6, 7} No entanto, quando se trata da PSR, apenas o acesso universal não é suficiente para alterar as iniquidades, visto que os serviços precisam viabilizar para essas pessoas o acompanhamento individual, maior flexibilidade nas ações e o monitoramento dos encaminhamentos.⁸ Com este entendimento, foi criado no Brasil o Consultório na Rua (CnR) dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹, cujo trabalho tem caráter específico para o atendimento da PSR e usuários de

álcool e drogas.¹⁰ O objetivo da iniciativa é ampliar o acesso destes usuários à atenção integral, por meio da articulação intersetorial¹⁰ e através da co-responsabilização com todo e qualquer profissional do SUS, com destaque especial para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) que são a principal porta de entrada.⁹

Mesmo com todos esses avanços, a realidade é que as iniquidades e limitações de acesso aos serviços de saúde no mundo todo ainda são bastante marcantes para essa população. As evidências comprovam que a PSR enfrenta barreiras no acesso^{11, 12, 13, 14, 15} mesmo em locais onde há um sistema de saúde universal^{16, 18}, refletindo na maior utilização de serviços de emergência e altas taxas de hospitalização.¹⁷ No Brasil, o acesso à saúde lhes é dificultado em diversos aspectos, desde a burocracia no atendimento, devido à falta de endereço residencial, à falta de cartão SUS; até a discriminação dos servidores ou outros usuários.¹⁸ Na Pesquisa Nacional, citada anteriormente, quase 1/5 da PSR afirmou já ter sofrido o impedimento de receber atendimento na rede de saúde.⁴ Sabe-se que os problemas físicos, de saúde mental e uso de álcool ou drogas podem tornar ainda mais difícil o acesso à saúde e a garantia da continuidade dos cuidados, resultando em necessidades de saúde não atendidas.^{19, 20} Assim, essas pessoas enfrentam uma causa e consequência da própria Situação de Rua²¹ e são consideradas parte de um grupo particularmente em risco para o adoecimento, visto que viver na rua ou em abrigos exacerba os problemas de saúde existentes e faz com que novas doenças se estabeleçam com mais facilidade.²²

Nesse sentido, é bem documentado que a PSR enfrenta maior prevalência de uma série de doenças infecciosas e crônicas, além de transtornos mentais e abuso de substâncias^{23,24}, inclusive medicamentos²⁵, experienciando um fenômeno de 'trimorbidade', com os efeitos se combinando para produzir necessidades de saúde complexas e em diversos âmbitos.²⁶ Dentre as prioridades em saúde da PSR está a saúde bucal²⁷, visto que os problemas nos dentes aparecem, junto com a dependência química, como condições de saúde mais citadas.²⁸ Outros estudos comprovam as altas necessidades de cuidados de saúde oral entre este grupo, com grandes proporções de doenças bucais^{29, 30}, alto impacto na qualidade de vida³¹ e altos níveis de percepção da necessidade³², assim como, pouca utilização dos serviços odontológicos²⁸ e pouca compreensão sobre como acessá-los.³³ Por esses motivos, tem sido sugerido que esta população necessita de cuidados especiais e diferenciados para a saúde bucal^{27, 29, 31}. O Ministério da Saúde reconhece que muitas

dificuldades poderão ser vivenciadas pelos profissionais, mas enfatiza que o trabalho das Equipes de Saúde Bucal deve extrapolar o sentido somente da assistência, visto que ao adotar uma postura de compreensão e apoio, pode possibilitar o acesso de maneira mais equânime e contribuir para o resgate da autoestima e reinserção social dessas pessoas.²⁷

No entanto, ainda são insuficientes as ações de saúde bucal para dar conta dessa complexidade no país e pouco se sabe sobre como os profissionais de saúde bucal se relacionam com a PSR nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Visto que não existem no Brasil pesquisas que abordem essa temática, o objetivo do presente estudo foi descrever as atitudes de Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre (RS) com relação à População em Situação de Rua.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior que tem como objetivo avaliar a condição de saúde bucal da População adulta em Situação de Rua da cidade de Porto Alegre (RS). Trata-se de um delineamento transversal descritivo, realizado com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Unidades de Saúde (US) da APS do município. A população-alvo do estudo foram todos os profissionais de saúde bucal - Cirurgiões-dentistas (CD), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) – vinculados à APS da prefeitura municipal.

A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2017 e os profissionais foram convidados a participar nas reuniões de todas as Gerências Distritais de Saúde da cidade. Os profissionais foram orientados que não seriam identificados. Todos os presentes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários foram entregues para que fossem preenchidos individualmente. Visto que não foram encontrados instrumentos que avaliem essa temática, o questionário estruturado foi testado previamente com a mesma população alvo da pesquisa e foi elaborado com o objetivo de obter um panorama sobre as atitudes das ESB com a PSR, contendo os seguintes blocos de variáveis:

I) Socioeconômicas: idade (em anos), sexo, cor/raça, renda familiar;

- II) Formação, atuação e satisfação profissional: Ensino Médio (público ou privado), instituição de formação (pública ou privada), pós-graduação (presença e tipo), tempo de trabalho na profissão, no SUS e na US atual, local de trabalho (Unidade Básica de Saúde; Estratégia de Saúde da Família), carga horária, satisfação emocional e financeira na profissão;
- III) Capacitação, medida por meio das questões: Você já recebeu alguma capacitação sobre PSR?, Qual o seu nível de interesse em receber alguma capacitação sobre PSR?, Como considera o seu conhecimento sobre PSR?, Como se sente para o atendimento de pessoas que se encontram acolhidas em abrigos e pessoas que moram/dormem na rua?, Como se sente para, durante o atendimento da PSR, abordar e identificar sinais de uso abusivo de álcool e drogas?;
- IV) Experiência, medida por meio de duas categorias: a) contato com equipe de Assistência Social b) atendimento da PSR (frequência, viabilidade e acesso);
- V) Opinião, medida por meio de duas categorias: a) se a ESB deve atender sem necessidade de encaminhamento b) se a ESB deve atender a PSR independentemente da condição de higiene, vestimenta, falta de documentos ou sinais de uso de álcool/droga;
- VI) Conhecimento, medido por meio de três categorias: a) legislação b) políticas c) serviço de referência para a PSR.

A construção e análise do banco de dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Realizou-se a descrição por meio de frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas, além de média e desvio padrão para variáveis quantitativas com distribuição normal ou mediana e percentis (p25 e p75).

Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o nº 63683817.4.3001.5338.

RESULTADOS

A amostra total foi de 200 participantes (CD n=94, TSB n=33, ASB n=73), correspondendo a um percentual de resposta de 62,5%, sendo as percentagens por cargo e por Gerência Distrital (GD) proporcionais ao total de profissionais vinculados à APS da prefeitura (n=320). Em todos os encontros os presentes aceitaram participar do estudo e as perdas devem-se pela ausência dos profissionais nas reuniões devido a férias, licenças e afastamentos. O percentual de resposta por cargo e por GD está descrito nas Tabelas 1 e 2 respectivamente.

A idade média dos participantes foi 38,5 ($\pm 9,6$) anos, sendo que a maioria foi do sexo feminino (177, 91,2%), branca (168, 84,4%), e com renda familiar entre R\$3 e R\$9 mil (60,7%). Sobre a educação, 119 (59,5%) realizaram o Ensino Médio em escola pública e 94 (50,8%) tiveram a formação na profissão realizada em instituição privada. Dentre os CDs, 72 (78,3%) possuem pós-graduação, sendo que destes, a maioria fez uma pós-graduação relacionada à Saúde Pública (48, 76,2%). O tempo mediano de trabalho na profissão, no SUS e na Unidade de Saúde (US) atual foi de 10,0 (6,0 – 19,0), 5,0 (4,0 – 11,0), e 3,0 (2,0 – 5,0) anos respectivamente. Sobre o local de atuação, mais da metade (112, 58,6%) está vinculada à US do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a grande maioria (173, 86,9%) trabalha 40 horas semanais. Sobre a realização profissional, a maioria dos participantes afirmou se sentir realizado na questão emocional (139, 69,8%), e uma parte (80, 40,2%) na questão financeira.

A maior parte dos profissionais afirmou nunca ter recebido nenhum tipo de capacitação sobre PSR (172, 86%), mas ter interesse em receber (164, 82,8%), sendo que poucas (19, 9,5%) pessoas consideram o seu conhecimento sobre PSR suficiente para o seu trabalho. Sobre a capacitação para o atendimento, 58 (29,1%) profissionais consideram-se capacitados para atender pessoas que se encontram acolhidas em abrigos, e 41 (20,7%) para atender pessoas que vivem/dormem nas ruas. Sobre as substâncias psicoativas, uma pequena parte se considera capacitada para abordar e identificar os sinais de uso abusivo de álcool (30, 15%) e drogas (20, 10%) (Tabela 3).

O contato das Equipes de Saúde Bucal com os serviços de Abordagem Social de Rua (158, 79%) ou de Assistência Social (152, 77,2%) raramente ocorre.

Aproximadamente metade dos profissionais já atenderam pessoas que estão acolhidas em abrigos (103, 51,5%) ou que moram/dormem na rua (85, 42,9%), sendo que destes, 58 (56,3%) e 64 (75,2%) referiram que estes atendimentos ocorrem raramente. A maioria dos profissionais afirmou que na sua US o acesso ao tratamento odontológico de pessoas acolhidas em abrigos (113, 62,4%) ou que moram/dormem na rua (100, 57,5%) ocorre de maneira igual aos demais pacientes, sem maior facilitação ou rigidez. A maior parte considera viável que ocorra na sua US o atendimento odontológico de pessoas que se encontram acolhidas em abrigos (131, 68,6%) ou que moram/dormem na rua (101, 52,8%) (Tabela 4).

Grande parte dos participantes acha que sua Equipe de Saúde Bucal deve atender as pessoas em situação de rua sem que estes precisem ter sido encaminhados (123, 66,8%). Quando questionados se a PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente das condições de higiene ou vestimenta que apresentarem; de estarem com sinais de uso de álcool/drogas; ou da falta de documentos, uma parte acredita que não, sendo as respostas negativas maiores quando se trata do uso de substâncias. As demais respostas variaram conforme a descrição na Tabela 5.

Por fim, viu-se que 86 (43,9%) pessoas desconhecem a existência da Política Nacional da População em Situação de Rua e que uma parcela dos profissionais acredita que o serviço responsável pelo atendimento destas pessoas é o Consultório na Rua (37, 19%). Os demais reconhecem que os serviços de Atenção Primária à Saúde também são referência no atendimento desta população (158, 81%) e a grande maioria sabe que a PSR não necessita comprovar endereço para a obtenção do Cartão SUS (181, 93,3%).

DISCUSSÃO

Este estudo traz a necessidade de ampliar a visibilidade da População em Situação de Rua nos serviços odontológicos e entender a sua relação com as ESB da APS, levantando algumas questões referentes às atitudes dos profissionais de saúde bucal para com esse grupo. Os participantes demonstraram que se sentem inseguros com relação à temática e possuem pouca experiência com o cuidado em saúde bucal destas pessoas, além de fraca articulação intersetorial com as políticas públicas relacionadas. Ainda, os

resultados trazem à tona a falta de equidade no acesso ao cuidado, a baixa presença da PSR nos serviços de saúde bucal do município e a presença de algumas atitudes negativas que podem estigmatizá-los. Apesar disso, os profissionais mostraram-se interessados em capacitar-se, acreditam ser viável o atendimento odontológico da PSR nas suas Unidades de Saúde e, em grande parte, conhecem as legislações e políticas relacionadas ao tema e que são vigentes no país.

Os achados devem ser interpretados de acordo com as limitações desse estudo. Deve-se ponderar que por ter sido utilizado um delineamento transversal descritivo, inferências causais e associações não podem ser estabelecidas. Ainda, por ter sido realizado no ambiente de trabalho, é possível que algumas questões tenham sido influenciadas pelo efeito Hawthorne³⁴, visto que os profissionais podem ter fornecido respostas positivas para que não fossem julgados ou prejudicados. Embora o pesquisador tenha tentado diminuir esse efeito assegurando o sigilo da pesquisa, ainda poderia existir alguma preocupação. No entanto, é importante ressaltar que pela pouca literatura investigando a problemática da PSR e por esse ser o primeiro estudo no Brasil a refletir sobre essa relação, esses dados tem grande potencial para o planejamento de ações, para a ampliação da sensibilização das Equipes de Saúde Bucal e para a redução das iniquidades no cuidado da PSR. Apesar de terem ocorrido perdas no estudo devido à ausência dos profissionais nos encontros, houve representatividade na proporção de participantes por cargo e por local de trabalho, sendo possível generalizar os dados para outras ESB da Atenção Primária em Saúde no Brasil, com o intuito de auxiliar na mudança de prática de profissionais e gestores.

Os profissionais participantes são entendidos nesse estudo como componentes de Equipes de Saúde Bucal, que estabelecem um processo de trabalho conjunto para coordenar a gestão das ações, visando responder as demandas da população. É importante destacar, para melhor interpretação dos achados, que os participantes, na maioria, estão inseridos em equipes de ESF com carga horária de 40 horas semanais, trabalham no SUS há alguns anos, estão emocionalmente realizados na profissão e muitos dos CDs realizaram pós-graduação relacionada à Saúde Pública. Apesar deste contexto positivo, viu-se que a auto percepção dos profissionais foi de que o seu conhecimento sobre a PSR não é suficiente para o seu trabalho, o que pode acarretar na insegurança e, conseqüentemente, na dificuldade em acolher e atender essas pessoas. Com relação à capacitação formal sobre PSR, a grande

maioria relatou nunca ter recebido, mas ter interesse em ser capacitado. Certamente, um dos principais problemas que a PSR enfrenta é a invisibilidade e a dificuldade no reconhecimento dos seus direitos^{35, 36, 37}, o que se torna evidente quando os dados demonstram que menos de 1/3 dos profissionais considera-se capacitado para atender pessoas provenientes de abrigos e, menos ainda, para atender aqueles que vivem/dormem nas ruas. Este quadro também sugere o quanto aqueles que estão mais expostos à rua são menos propensos a serem assistidos e também é convergente com outros estudos que demonstram pouca capacitação para atendimento da PSR de estudantes de medicina, enfermagem e odontologia.^{38, 39, 40, 41}

Outro ponto a destacar é a fraca articulação vista entre as ESB e equipes de Assistência Social que trabalham com a situação de rua, visto que a falta de intersetorialidade amplia a chance de fracasso das ações direcionadas a essa população.⁴² A Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR)⁵ descreve que as políticas públicas de saúde para esse grupo devem estar articuladas com as de Assistência Social, visto que a pouca articulação e baixa resolutividade das ações faz com que esses indivíduos não sejam capazes de se inserir e, muitas vezes, se culpabilizem.⁴³ Outros estudos também revelam a desarticulação entre os setores e diversos limites na atuação intersetorial.^{18, 38} Por isso, incentiva-se a multiplicação de iniciativas intersetoriais que sejam orientadas pelos fatores de risco comuns, para que se alcance maior efetividade nas ações de saúde bucal ofertadas no SUS.⁴⁴

Sobre as experiências com essa população, pelo menos metade dos profissionais relatou nunca ter atendido ninguém em situação de rua e, dentre os que já atenderam, a maioria referiu que a frequência de atendimentos é baixa. Esse achado pode estar relacionado à dificuldade de acesso dessa população à saúde bucal^{45, 46}, além de sugerir que o pouco contato com estas pessoas pode ser causa e/ou consequência das atitudes negativas dos profissionais e da falta de capacitação, como visto em outros estudos.^{39, 41, 47} Em 2009, a PNPSR já tinha como objetivo a ampliação e garantia de acesso desse grupo aos serviços de saúde bucal de atenção primária, secundária e terciária⁵ e, para isso, é necessário o rompimento do preconceito entre os profissionais de saúde³⁵, visto que esse grupo é bastante estigmatizado.^{37, 48}

Devido ao forte padrão discriminatório sofrido pela PSR, é necessário que as políticas públicas lhes destinem um tratamento diferenciado, dadas as especificidades das suas fragilidades e do seu grave processo de exclusão social.⁴⁹ Assim, alguns autores afirmam que é necessária a promoção da inclusão desse grupo através de “ações afirmativas”⁵⁰, ou da “discriminação positiva”⁵¹, objetivando acelerar o processo de igualdade. Os dados desse estudo são úteis para discutir as iniquidades no campo da saúde bucal, visto que as ESB participantes, na maioria, oferecem o acesso da PSR ao tratamento odontológico da mesma forma que os demais pacientes, sem nenhum tipo de facilitação. Outros estudos também sugerem que essa população necessita de flexibilização no cuidado e facilitação do acesso aos serviços de Atenção Primária.^{37, 50} Segundo a Organização Mundial da Saúde, para que a falta de equidade seja superada, é necessário que sejam estabelecidas políticas que criem ambientes favoráveis aos grupos mais desprivilegiados e com maior dificuldade no acesso⁵², como é o caso das pessoas em situação de rua. No presente estudo, observou-se que, apesar do pouco contato dos profissionais com a temática, grande parte considera viável o atendimento odontológico da PSR em suas Unidades de Saúde, sendo essa visão um ponto muito importante para a mudança de prática na APS, visto que esse nível de atenção é fundamental para o cuidado da PSR.^{50, 53} É importante frisar que, novamente, os dados relacionados a essa questão são piores quando falamos dos que estão na rua e não acolhidos em instituições, ressaltando o entendimento que aqueles que estão mais expostos a riscos encontram mais dificuldades no acesso ao cuidado e necessitam de mais atenção¹¹. Por isso, destaca-se a importância da abertura e sensibilização dos profissionais para com as situações complexas que estas pessoas vivenciam e a divulgação da legislação e dos conteúdos relacionados ao tema.

Felizmente, viu-se que a maioria dos profissionais entrevistados entende que a ESB da APS é responsável pelo atendimento das pessoas em situação de rua, sendo a porta de entrada para o acesso. No entanto, uma parte coloca condições, como a necessidade de a pessoa estar acompanhada por profissional da Assistência ou ter sido encaminhada pelo CnR. Ainda, alguns acreditam que a sua equipe não deve atender a PSR sob nenhuma circunstância. Assim, dentro do processo necessário de sensibilização, cabe a divulgação de como o CnR foi pensado^{36, 42, 54}, com ênfase no fato de que em municípios ou áreas que não tenham esse equipamento, o cuidado dessas pessoas segue sendo de responsabilidade das

equipes de Atenção Primária à Saúde, incluindo as Equipes de Saúde Bucal.²⁷ Quando questionados sobre a legislação vigente, a maioria dos participantes sabe que as pessoas em situação de rua não necessitam comprovar endereço para a obtenção do Cartão SUS. A Portaria MS/GM nº 940, estabelecida em 2011, dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço domiciliar para aquisição deste documento.⁵⁵ Esse avanço foi conquistado a partir de reivindicações da própria PSR, visto que diversos usuários vinham enfrentando mais essa barreira no seu acesso à saúde.^{36, 51}

No entanto, para que a porta de entrada esteja aberta e o acesso ocorra de fato, é necessário que as ESB adotem uma postura de acolhimento. Essa postura objetiva a humanização das relações entre trabalhadores de saúde com seus usuários e evidencia as dinâmicas e os critérios a que os usuários estão submetidos.⁵⁶ Nesse sentido, esse estudo verificou que a maior parte dos profissionais atenderia a PSR independentemente de suas condições de higiene, vestimenta, sinais de uso de álcool/drogas e falta de documentos. No entanto, é importante destacar que opinião não necessariamente reflete em conduta e que ainda há uma parcela dos profissionais que pensa que a PSR talvez não deva ser atendida nos serviços de saúde bucal dependendo de algumas condições, sendo a prevalência de respostas negativas maior quando envolve sinais de uso de substâncias. Esses resultados estão de acordo com atitudes negativas e estigmatizantes com relação à PSR vistas na literatura.^{35, 36} Com relação às maiores atitudes negativas ocorrerem quando se trata do uso de substâncias, suspeita-se que haja convergência com outro dado encontrado no presente estudo de que a maior parte dos profissionais não se considera capaz de abordar e identificar sinais de uso abusivo de álcool e drogas durante o atendimento da PSR. Por isso, para ampliar a postura de acolhimento, os profissionais precisam conhecer a dinâmica de vida da PSR, entender os impactos gerados pelos seus problemas de saúde e levar em consideração as suas particularidades e condições sociais, sem estigmatizá-los.^{33, 37, 42} Apesar de não ser fácil, sobretudo quando há o envolvimento com drogas, é preciso que o profissional da saúde dê um novo significado à figura do “morador de rua” e ofereça cuidado qualificado, rompendo com o paradigma estigmatizante.⁵⁴ É simples imaginar o quanto o fato de estar na rua dificulta a organização de uma rotina de hábitos de higiene pessoal, de cuidados com a aparência e de manutenção da saúde. Sabe-se, inclusive, que problemas bucais e a má aparência dentária podem dificultar o acesso aos serviços para qualquer

indivíduo⁵⁷, reforçando a necessidade da postura de acolhimento para que ocorra de fato uma mudança de paradigma.^{33, 42}

Assim, ressalta-se a importância da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde com relação à PSR para que melhores atitudes e serviços sejam ofertados.^{38, 39, 41, 47, 54} Com o mesmo entendimento, estabeleceu-se no SUS um Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua⁵⁸, que em um dos eixos estratégicos há a priorização da Educação Permanente em Saúde na abordagem dessa população. As ações enfatizadas são a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde, assim como o fomento de pesquisas com foco na saúde desse grupo.⁵⁸ Também nesse sentido, a própria PNPSR há quase uma década já visava a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais direcionadas, assim como o incentivo à produção e divulgação de conhecimentos sobre a temática.⁵ As Diretrizes Curriculares Nacionais também entendem essa necessidade ao sugerirem que os profissionais precisam ser formados para dar respostas às necessidades de saúde da população, respeitando a individualidade dos sujeitos.⁵⁹ Assim, para dar conta dessa nova prática, a humanização deve basear a formação dos profissionais de saúde e a Educação Permanente em Saúde⁶⁰ surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as carências na formação dos trabalhadores do SUS. No âmbito da saúde bucal, as Diretrizes Nacionais da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a reorganização da atenção, tornando o cuidado o eixo principal da sua reorientação, com foco na formação de recursos humanos na Odontologia ofertem cuidado qualificado.⁶¹ Nesse estudo, viu-se que as ESB não se sentem capacitadas e que possuem pouca experiência com a PSR. Para o desenvolvimento de políticas públicas de qualidade voltadas para essa população, é necessário, portanto, que outras pesquisas aprofundem essa temática qualitativamente e que outros instrumentos sejam avaliados e validados no Brasil para esclarecer melhor a relação entre profissionais de saúde e a PSR.^{47, 62, 63}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que os profissionais tem pouca experiência com a PSR, que há baixa presença e pouca equidade no acesso dessa população nos serviços de saúde bucal da APS de Porto Alegre. Ainda, observa-se que algumas atitudes negativas e estigmatizantes ainda existem. Porém, a maior parte dos participantes demonstrou interesse em capacitar-se e conhece a legislação e as políticas relacionadas ao tema. Por ser o primeiro estudo no Brasil a pesquisar as atitudes dos profissionais de saúde bucal da APS com a PSR, esses dados tem grande potencial para a sensibilização das equipes e ampliação da visibilidade das necessidades em saúde bucal da PSR. Assim, é possível que sejam pensadas políticas que ampliem as oportunidades através da oferta de serviços de qualidade e que respeitem a autonomia e singularidade da trajetória de vida desses cidadãos.

Conflito de Interesse: Não há nenhum tipo de conflito de interesse nesse estudo.

Colaboradores: M. O Comassetto e J B. Hilgert participaram da elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo.

Agradecimentos: Nossos agradecimentos aos gestores do município que permitiram a realização da pesquisa e principalmente ao acolhimento que a pesquisadora recebeu das Equipes de Saúde Bucal participantes.

Tabela 1: Percentual de resposta por cargo profissional

Cargo	Número de profissionais atuantes (Fonte: SMS)	Número de participantes
Cirurgião-dentista (CD)	153 (47,8%)	94 (47,2%)
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	46 (14,4%)	33 (16,1%)
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	121 (37,8%)	73 (36,7%)
Total	320 (100,0%)	200 (100,0%)

Tabela 2: Percentual de resposta por Gerência Distrital (GD)

Gerência Distrital	Número de profissionais atuantes (Fonte: SMS)	Número de participantes
GD 1	19 (5,9%)	12 (6,0%)
GD 2	52 (16,25%)	32 (16,0%)
GD 3	36 (11,3%)	21 (10,5%)
GD 4	40 (12,5%)	27 (13,5%)
GD 5	43 (13,5%)	30 (15,0%)
GD 6	33 (10,3%)	22 (11,0%)
GD 7	52 (16,25%)	32 (16,0%)
GD 8	45 (14,0%)	24 (12,0%)
Total	320 (100,0%)	200 (100,0%)

Tabela 3: Distribuição das respostas nas variáveis relacionadas à capacitação dos profissionais.

Variável	n (%)
Recebeu capacitação sobre PSR	
Não	172 (86%)
Nível de interesse em receber capacitação	
Pouquíssimo interesse	7 (3,5%)
Pouco interesse	17 (8,6%)
Regular	10 (5,1%)
Algum interesse	90 (45,4%)
Muito interesse	74 (37,4%)
Auto percepção do conhecimento sobre PSR	
Pouquíssimo suficiente	33 (16,6%)
Pouco suficiente	104 (52,3%)
Regular	43 (21,6%)
Suficiente	14 (7,0%)
Muito suficiente	5 (2,5%)
Como se sente para o atendimento de pessoas provenientes de abrigos	
Pouquíssimo capacitado	21 (10,6%)
Pouco capacitado	64 (32,2%)
Regular	56 (28,1%)
Capacitado	52 (26,1%)
Muito capacitado	6 (3,0%)
Como se sente para o atendimento de pessoas que moram/dormem na rua	
Pouquíssimo capacitado	37 (18,7%)
Pouco capacitado	67 (33,8%)
Regular	53 (26,8%)
Capacitado	34 (17,2%)
Muito capacitado	7 (3,5%)
Como se sente para abordar e identificar sinais de uso abusivo de álcool	
Pouquíssimo capacitado	26 (13,0%)
Pouco capacitado	85 (42,5%)
Regular	59 (29,5%)
Capacitado	29 (14,5%)
Muito capacitado	1 (0,5%)
Como se sente para abordar e identificar sinais de uso abusivo de drogas	
Pouquíssimo capacitado	33 (16,5%)
Pouco capacitado	91 (45,5%)
Regular	56 (28,0%)
Capacitado	19 (9,5%)
Muito capacitado	1 (0,5%)

Tabela 4: Distribuição das respostas nas variáveis relacionadas às experiências dos profissionais.

Variável	Proveniente de abrigo	Mora/dorme na rua
	n (%)	n (%)
Atendimento		
Não sabe	19 (9,5%)	29 (14,6%)
Nunca atendeu	78 (39,0%)	84 (42,5%)
Já atendeu	103 (51,5%)	85 (42,9%)
Frequencia de atendimento		
Quase nunca	14 (13,6%)	32 (37,6%)
Algumas vezes/ano	44 (42,7%)	32 (37,6%)
Algumas vezes/mês	27 (26,2%)	10 (11,8%)
Algumas vezes/semana	15 (14,6%)	9 (10,6%)
Quase diariamente	3 (2,9%)	2 (2,4%)
Viabilidade do atendimento odontológico na US		
Pouquíssimo viável	12 (6,3%)	18 (9,4%)
Pouco viável	17 (8,9%)	28 (14,7%)
Regular	31 (16,2%)	44 (23,1%)
Viável	116 (60,7%)	91 (47,6%)
Muito viável	15 (7,9%)	10 (5,2%)
Acesso a tratamento odontológico		
Igual aos demais pacientes	113 (62,4%)	100 (57,5%)
Diferente dos demais pacientes, mais rígido	3 (1,7%)	8 (4,6%)
Diferente dos demais pacientes, mais facilitado	65 (35,9%)	66 (37,9%)

Tabela 5: Distribuição das respostas nas variáveis relacionadas à opinião dos profissionais.

Variável	n (%)
A sua Equipe de Saúde Bucal deve atender a PSR em qual destas condições?	
Em nenhuma circunstância	4 (2,2%)
Somente quando encaminhadas pelo Consultório na Rua	19 (10,3%)
Somente quando acompanhadas de profissional de Assistência Social	38 (20,7%)
Sem necessidade de encaminhamento	123 (66,8%)
A PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente das roupas que estiverem utilizando?	
Com certeza não	1 (0,5%)
Provavelmente não	1 (0,5%)
Talvez	20 (10,1%)
Provavelmente sim	40 (20,2%)
Com certeza sim	135 (68,7%)
A PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente das condições de higiene que apresentarem?	
Com certeza não	1 (0,5%)
Provavelmente não	8 (4,1%)
Talvez	37 (18,8%)
Provavelmente sim	48 (24,4%)
Com certeza sim	103 (52,3%)
A PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente de estarem apresentando sinais de uso de álcool ou drogas?	
Com certeza não	25 (12,8%)
Provavelmente não	39 (20,0%)
Talvez	63 (32,4%)
Provavelmente sim	34 (17,4%)
Com certeza sim	34 (17,4%)
A PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente da falta de documento de identificação?	
Com certeza não	7 (3,6%)
Provavelmente não	12 (6,1%)
Talvez	28 (14,3%)
Provavelmente sim	46 (23,5%)
Com certeza sim	103 (52,5%)
A PSR deve ser atendida nos serviços de saúde bucal independentemente da falta de comprovante de endereço?	
Com certeza não	3 (1,5%)
Provavelmente não	9 (4,6%)
Talvez	21 (10,7%)
Provavelmente sim	46 (23,4%)
Com certeza sim	118 (59,8%)

REFERÊNCIAS - ARTIGO 1

1. Sheiham A. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) 2008. *Community Dent Health*. 2009;26(1):2-3.
2. UN Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. 31th session of the UN Human Rights Council.; 2016.
3. Schuch P, Gehlen I. A Situação de Rua para além de Determinismos: Explorações Conceituais. In: Dorneles A, Obst J, e Silva M. *A Rua em Movimento: Debates acerca da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre*. 1 ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil; 2012, p. 11-25.
4. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008.
5. Brasil. Decreto Presidencial no 7.053, 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* 2009; 24 dez.
6. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.
7. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.
8. 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. Brasília, DF; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 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 (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2011 out. 21.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2012 fev 1.

11. Wright NMJ, Tompkins CNE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract* . 2006; 56(525):286-293. 56
12. White MB, Newman DS. Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J Prim Care Community Health*. 2015; 6(2):77–87.
13. Ballard S. Homeless People’s Access to Medical, Care and Support Services - A Review of the Literature. Housing Research Report HRR 5/03. England; 2003.
14. Anderson I, Baptista I, Wolf J, Edgar B, Benjaminsen L, Sapounakia A, et al. The Changing Role of Service Provision: Barriers of Access to Health Services for Homeless People. European Federation of national organisations Working with the Homeless. 2006.
15. Campbell DJT, O’Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary’s homeless populations. *BMC Fam Pract*. 2015; 16(1):139.
16. Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med*. 2011; 5(2):94–103.
17. D’Amore J, Hung O, Chiang W, Goldfrank L. The Epidemiology of the Homeless Population and Its Impact on an Urban Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(11):1051–5.
18. Carneiro Jr. N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde Soc* 1998; 7:47-62.
19. Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health, promotion, and homelessness. *BMJ*. 1999; 318(7183):590-592
20. Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health*. 2010; 100(7):1326–33.
21. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília; 2013.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014; 384(9953): 1529-1540.
24. Saddichha S, Fliers JM, Frankish J, Somers J, Schuetz CG, Krausz MR. Homeless and incarcerated: An epidemiological study from Canada. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60(8):795–800.

25. Gama H, Oliveira L, Pereira ML, Azevedo A, Lunet N. Uso de medicamentos por pessoas sem-teto no Porto, Portugal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2014; 30(1):207-212.
26. Hewett N, Halligan A. Homelessness is a healthcare issue. *J R Soc Med*. 2010; 103(8):306–7.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
28. Relatório final da pesquisa: Cadastro de Adultos em Situação de Rua e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
29. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *Br Dent J*. 2007; 202(12):31.
30. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013; 73(1):74–8.
31. 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.
32. Luo Y, McGrath C. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dent*. 2006; 26(4):150–4.
33. Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health*. 2010; 100(7):1326–33.
34. Mayo, E. (1946). *Problemas Humanos de uma Civilización Industrial*. Buenos Aires: Ed. Galatea-Nueva Visión.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2014; 38p.
36. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1497-504.
37. de Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(8):2595-2606.
38. Kee CC, Minick MP, Connor A. Nursing Student and Faculty Attitudes Toward People Who Are Homeless. *Am J Health Behav* 1999; 23(1):3-12.
39. Masson N, Lester H. The attitudes of medical students towards homeless people: does medical school make a difference? *Medical Education* 2003; 37:869–872.

40. Morrison A, Roman B, Borges N. Psychiatry and Emergency Medicine: Medical Student and Physician Attitudes Toward Homeless Persons. *Academic Psychiatry* 2012; 36(3):211–215.
41. Zrinyiand M, Balogh Z. Student Nurse Attitudes Towards Homeless Clients: A Challenge For Education and Practice. *Nursing Ethics* 2004; 11(4):334-348.
42. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(6):1839-1848.
43. Santana, C. Consultório de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(8):1798-1800.
44. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por urna política pública. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):64-71.
45. Fisher-Owens SA, Barker JC, Adams S, Chung LH, Gansky SA, Hyde S, Weintraub JA. Giving Policy Some Teeth: Routes To Reducing Disparities In Oral Health. *Health Affairs* 2008; 27(2):404-412.
46. National HCH Council. Vision & Oral Health among Individuals Experiencing Homelessness. A Quarterly Research Review by the National HCH Council 2015; 3(3) June.
47. 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.
48. Phelan J, Link BG, Moore RE, Stueve A. The Stigma of Homelessness: The Impact of the Label "Homeless" on Attitudes Toward Poor Persons. *Social Psychology Quarterly* 1997; 60(4):323-337.
49. Alvarez AMS, Alvarenga AT, Rina SCSAD. Histórias de Vida de Moradores de Rua, Situações de Exclusão Social e Encontros Transformadores. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):259-272.
50. Mills MD, Burton CD, Matheson C. Engaging the citizenship of the homeless—a qualitative study of specialist primary care providers. *Family Practice* 2015; 32(4):462–467.
51. Carneiro N, 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* 2010; 19(3):709-716.
52. World Health Organization Regional Office for European. Priority research for health for all. Copenhagen: World Health Organisation 1988; 36(1):30-1.
53. Wright NMJ, Tompkins CNE, Oldham NS, Kay DJ. Homelessness and health: what can be done in general practice? *J R Soc Med* 2004; 97:170–173.

54. da Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2014; 30(4):805-814.
55. Brasil. Portaria no 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União* 2011; 2 mai.
56. Mehry EE, Campos GWS, Cecílio LCO (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
57. Baumgarten A, Bastos JL, Toassi RFC, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 1–6.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013a. Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua – 2012 a 2015. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, 28 fev. 2013.
59. Maranhão E. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida MJ. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina, Rede Unida 2003.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
61. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
62. Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, et al. Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) Instrument: A Practical Survey of Homeless Patients' Experiences in Primary Care. *Medical Care* 2014; 52(8).
63. Lester HE, Pattison HM. Development and validation of the Attitudes Towards the Homeless Questionnaire. *Medical Education* 2000; 34:266-268.

5 ARTIGO 2

Dor dentária e condição de saúde bucal de adultos em situação de rua de uma capital do sul do Brasil

A ser submetido à *Community Dentistry and Oral Epidemiology*

Marcela Obst Comassetto¹, Fernando Neves Hugo¹, Juliana Balbinot Hilgert^{1, 2}

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. ² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a condição de saúde bucal, com foco nas experiências de dor dentária, de uma amostra de pessoas em Situação de Rua que acessam serviços de assistência social na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Pesquisa transversal realizada com adultos em situação de rua em 1 abrigo, 2 albergues e 2 centros de atendimento-dia, entre os meses de maio a agosto de 2017. Utilizaram-se questionários estruturados contendo variáveis socioeconômicas e questões sobre saúde geral, uso de tabaco/álcool/drogas, visita ao dentista e dor dentária. O exame bucal foi realizado por uma cirurgiã-dentista treinada e calibrada, que avaliou as condições dentárias por meio do índice CPOD. Avaliou-se a associação entre características socioeconômicas, de saúde, o índice CPOD e os desfechos de dor dentária com o tempo vivendo na rua, através do teste qui-quadrado, teste-t e teste de Mann Whitney por meio do software SPSS v.21.0. **Resultados:** Participaram do estudo 214 adultos em situação de rua, com idade média de 42,54 ($\pm 13,27$) anos e mediana de tempo em situação de rua de 40 (8 – 120) meses. A maior parte foi do sexo masculino, não branco, solteiro, com pouca escolaridade e baixa renda. A média do CPOD foi de 10,95 ($\pm 8,43$), com o maior componente sendo o de dentes perdidos (8,24 ($\pm 8,12$)). A grande maioria teve muitas experiências de dor dentária durante a vida, com impacto na realização das tarefas habituais, sendo que quase metade teve dor recente. O último episódio de dor foi, no geral, de alta intensidade e duração, mas o modo de alívio para a maioria não foi a procura pelo dentista e sim o auto manejo, podendo, inclusive, desencadear o uso de álcool ou drogas. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo na rua com a frequência de dor dentária no passado e atualmente, assim como com a ocorrência de episódio recente e o modo de alívio da dor. **Conclusões:** As condições bucais observadas foram ruins, com muitas perdas dentárias e grande experiência de dor, além de pouca procura por dentista para manejo da dor, mesmo em uma cidade com serviços de saúde bucal no sistema de saúde. Por ser o primeiro estudo a quantificar as condições de saúde bucal e de dor dentária de uma população em situação de rua no Brasil e por demonstrar relação do tempo na rua com os desfechos de dor, esses dados são úteis para o planejamento dos serviços e mudança de prática de gestores e profissionais, objetivando o oferecimento de ações mais qualificadas para essa população.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Saúde Bucal; Odontalgia; Dor; Cárie dentária.

Dental pain and oral health condition of homeless adults in a capital of southern Brazil

ABSTRACT:

Objective: Describe the oral health condition, focusing on teeth pain experiences, of a homeless people sample that accessed social assistance services in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** Cross-sectional research carried-out with homeless adults in 1 shelter, 2 transitional housing and 2 day care centers, from May to August of 2017. Were used structured questionnaires containing socio economic variables and questions about general health, use of tobacco/alcohol/drugs, going to the dentist and dental pain. A trained and calibrated dentist who evaluated the oral conditions using the DMFT index performed the oral examination. The association between socioeconomic characteristics, health status, DMFT index and outcomes of dental pain with the time lived on the street was evaluated through the chi-square test, t-test and Mann Whitney test using SPSS v. 21.0. **Results:** A total of 214 adults living in the street, with a mean age of 42.54 (± 13.27) years and a median of 40 (8 - 120) months of street life, participated in the study. The majority were male, not white, single, with little schooling and low income. The mean number of DMFT index was 10.95 (± 8.43), with the largest component being that of missing teeth (8.24 (± 8.12)). The great majority had many experiences of dental pain during life, with impact on the accomplishment of the habitual tasks, being that almost half had recent pain. The last episode of pain was generally of high intensity and duration, but the mode of relief for most was not the search for the dentist, but the self-management, and could even trigger the use of alcohol or drugs. There was a statistically significant association between the time on the street with the frequency of dental pain in the past and currently, as well as with the occurrence of a recent episode and the mode of pain relief. **Conclusions:** The oral conditions observed were poor, with many dental losses and great experience of pain, besides little demand for dentist for pain management, even in a country with oral health services in the health system. Because it is the first study to quantify the oral health conditions and dental pain of a street population in Brazil and because it demonstrates the relationship of the time on the street with the pain outcomes, these data are useful for service planning and change of practice of managers and professionals, aiming at offering more qualified actions for this population.

Keywords: Homeless Persons; Oral Health; Toothache; Pain; Dental Caries.

INTRODUÇÃO

A falta de moradia é um tema de grande invisibilidade no âmbito das políticas públicas, sendo descrita como reflexo de uma crise mundial de direitos humanos que, por gerar graves consequências, necessita urgentemente de atenção¹. No Brasil, a questão é discutida a partir do conceito de “População em Situação de Rua” (PSR), que descreve um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória². O estabelecimento de condições de vida precárias e da falta de moradia é consequência de uma interação entre vulnerabilidades individuais e fatores estruturais externos mais amplos¹. Sabe-se que o contexto de vulnerabilidade social vivenciado por essas pessoas leva a um risco aumentado de adoecimento, visto que a vida na rua ou em abrigos exacerba os problemas de saúde existentes e faz com que novas doenças se estabeleçam com mais facilidade³. Ainda, existe um processo de acumulação de barreiras e riscos em diversos níveis^{4, 5}, fazendo com que essas pessoas apresentem maiores taxas de mortalidade e menor expectativa de vida quando comparadas com a população em geral^{6, 7, 8, 9, 10}.

É bem documentado que esse grupo populacional tem altas prevalências e muitos problemas com doenças crônicas^{11, 12, 13}, doenças infecciosas^{14, 15}, transtornos mentais¹⁶ e abuso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas^{17, 18, 19}. Somada a essas questões, a população em situação de rua apresenta alta prevalência de doenças bucais e problemas dentários^{20, 21, 22}, com alto impacto na sua qualidade de vida²³. Apesar de apresentarem altos níveis de percepção da necessidade de cuidados em saúde bucal^{24, 25}, esses indivíduos utilizam pouco os serviços odontológicos^{26, 27}. Além disso, esse grupo enfrenta barreiras no cuidado à saúde^{22, 25}, mesmo em locais onde há um sistema de saúde universal^{28, 29}, sendo que, muitas vezes, a procura por cuidados ocorre em serviços de emergência^{30, 31}. A dificuldade de acesso pode resultar em necessidades de saúde não atendidas^{32, 33} e em altas

prevalências de dores agudas e crônicas^{34, 35, 36, 37}, que podem ser causa e/ou consequência do próprio contexto de vida na rua. As evidências demonstram que dentre as principais queixas em saúde dessa população, a dor dentária é uma das mais frequentes^{38, 39}. A dor nos dentes é um dos sintomas mais comuns dos agravos bucais e pode prejudicar a alimentação, o sono, o trabalho e o lazer de qualquer indivíduo⁴⁰⁻⁴⁵. Os episódios de dor podem resultar na necessidade de uso de medicações e na procura por serviços de saúde para alívio do sofrimento^{46, 47}, sendo um dos principais motivos de extração dentária⁴⁸. A prevalência de dor de dente depende muito do contexto e dos fatores de risco a que cada população está exposta e, portanto, é bastante diversa na literatura. No entanto, apesar da grande disparidade de prevalências, a causa mais comum dos episódios de dor de dente é a cárie dentária não tratada⁴⁹. Na população adulta em geral, a dor de dente pode variar conforme a idade, sexo e raça^{50, 51} e geralmente aumenta com a redução da escolaridade e da renda⁵², com o aumento do número de dentes perdidos^{53, 54}, com a não visita ao dentista⁵⁵, com a presença de problemas de saúde mental⁵⁰ e com o consumo de álcool⁵² ou tabaco^{52, 56}. Em contrapartida, nas populações em situação de rua, poucos estudos investigam esse desfecho mais detalhadamente. Apesar das poucas evidências, verifica-se que essas pessoas tem altas necessidades de cuidados urgentes⁵⁷ e que os episódios de dor e desconforto estão associadas com auto percepção negativa⁵⁸ e com a perda das rotinas de autocuidado²⁶, mas não necessariamente estão relacionados ao estado clínico²³. Aqueles que estão há mais de um ano na rua parecem ter pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal²⁵ e sugere-se que os que usam álcool/drogas podem ter baixa tolerância à dor⁵⁹. Discute-se, nesses casos, que as situações de emergência dentária podem desencadear a busca por “soluções rápidas” e refletir no uso de substâncias psicoativas ou em ações de “faça você mesmo”, como a extração do próprio dente ou colocação de palito de dente, medicamentos, pasta de dente, entre outros^{26, 59}.

Existem poucos estudos epidemiológicos que abordam especificamente a dor dental na população em situação de rua, sendo que a maioria desses estudos foi realizada em países do hemisfério Norte. No Brasil, raros são os estudos sobre saúde bucal com esse grupo populacional e não foram encontrados estudos com abordagem quantitativa na avaliação das condições bucais e da dor dentária de adultos em situação de rua. Por isso, o

objetivo deste estudo é descrever a condição de saúde bucal, com foco nas experiências de dor dentária, de uma amostra de adultos em Situação de Rua que acessam serviços de assistência social na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal realizado com adultos em situação de rua que acessam serviços da rede de Assistência Social de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, sul do Brasil. O critério de inclusão foi qualquer pessoa maior de 18 anos que estava acolhida e/ou em condição de abrigo temporário nos serviços próprios para a proteção das pessoas em situação de rua da Prefeitura Municipal. Os critérios de exclusão eram pessoas que apresentassem sinais graves de transtorno mental ou de uso de substâncias psicoativas e que, portanto, não poderiam cooperar com a entrevista. É consenso que conseguir uma amostra representativa de uma população transitória como a população em situação de rua é bastante difícil⁶⁰. Portanto, utilizou-se uma amostra de conveniência para o recrutamento dos participantes. O projeto de amostragem levou em consideração o número de pessoas em situação de rua do último censo da cidade realizado em 2016, que totalizou um universo de 2115 indivíduos³⁸. Esperava-se para esse estudo a participação de ao menos 10% desse universo, levando em consideração que em Porto Alegre aqueles que acessam os serviços de assistência social representam até 49% da população de pessoas em situação de rua³⁸. A coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2017 nos 5 serviços que a prefeitura possui para oferecer cuidado a essa população, sendo 1 albergue (pernoite), 2 abrigos (alojamento), e 2 centros de atendimento-dia (alimentação, banho, roupas). Em todos os locais, inicialmente foi realizado um convite coletivo para divulgação do estudo e, após, de maneira individual, todos os presentes no dia de coleta foram convidados. Os locais foram visitados até que se alcançasse uma taxa de resposta de pelo menos 50% do número de vagas oferecidas em cada serviço, sendo registrados os aceites e negativas. Aqueles que aceitaram participar do estudo leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados se

deu por meio de entrevista e exame bucal, ambos realizados por equipe treinada. O exame bucal foi realizado por uma pesquisadora (cirurgiã-dentista) que utilizou iluminação artificial, gazes e espátula de madeira para afastar os tecidos bucais. O questionário foi pré-testado com 10 pessoas para que as questões fossem aprimoradas e o treinamento e calibração das condições clínicas foi realizada pelo método *in lux* (por projeção). A técnica de calibração adotada foi calculada a partir de coeficiente de concordância intra-examinador e foi utilizado o coeficiente de Kappa, ponderado para o examinador, tendo resultado no valor de 0,89.

O instrumento de coleta foi composto por questionário estruturado seguido de ficha clínica para registro do exame bucal. Para melhor interpretação dos dados, foram avaliados três blocos de variáveis, com algumas recategorizações:

I) socioeconômicas: idade (em anos), sexo, cor da pele/raça auto relatada (categorizado em branco e não branco (preto, branco, pardo, amarelo ou indígena)), situação conjugal (categorizado em solteiro, casado e separado/divorciado/viúvo), escolaridade (em anos - classificada em analfabeto/fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto e médio completo ou mais (técnico, superior, pós-graduação)), renda semanal (em reais), posse de RS1000 para pagar cuidados de saúde se necessário, tempo em situação de rua (em meses), tempo vivendo na rua (em meses – categorizado em mais de 1 ano, menos de 1 ano), motivo que levou à rua (questões familiares, uso de álcool/drogas, desemprego ou outros), locais de estadia diurna (trabalho, rua ou instituições), local atual de pernoite (rua, abrigo, albergue);

II) saúde: problemas de saúde geral auto relatados (categorizadas em nenhuma doença, doenças crônicas (diabetes, pressão alta, problema cardíaco, dores no corpo, deficiência física, asma, doença de pele), doenças transmissíveis (tuberculose, DST, HIV/AIDS, hepatite), doença mental, dependência química e comorbidade (mais de um tipo de doença)), procura por serviço de saúde no último ano (sim ou não), ida ao dentista (categorizada em nunca foi, foi há mais de 1 ano ou foi há menos de 1 ano), frequência de higiene bucal (nunca/raramente, 1 vez ao dia, 2 ou mais vezes ao dia); padrão de uso de tabaco/álcool/drogas nos últimos 3 meses avaliado por meio do instrumento Alcohol,

Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁶¹. Optou-se por levar em consideração na análise apenas as substâncias com as maiores prevalências de uso observadas na amostra, sendo o tabaco, álcool, maconha e cocaína/crack. Os escores do padrão de uso de substâncias nos últimos 3 meses foram categorizados adotando os valores finais como uso leve (0-10 para álcool e 0-3 para as demais), moderado (11-26 para álcool e 4-26 para as demais) e pesado (acima de 27), sendo o último nível um indicador de provável dependência⁶¹.

III) condição bucal e dor dentária: a prevalência de dor dentária foi verificada em dois momentos. Os participantes foram questionados se já haviam tido algum episódio de dor de dente durante a vida (sim ou não) e quando foi a última dor (dicotomizada em há mais de 6 meses ou há menos de 6 meses). Para aqueles que já haviam apresentado algum episódio durante a vida, perguntou-se a duração (dicotomizada em minutos/horas e dias/semanas/meses/anos), a intensidade (escala analógica visual de 0 a 10, sendo 10 a pior dor possível) e o que fez para aliviar a última dor dentária (classificado em uso de álcool/drogas, procura por dentista/serviço de saúde, e o próprio indivíduo fez algo (tomou remédio, colocou algo no dente, mexeu no dente, tirou o dente, esperou passar)). Também foi verificado o número de episódios de dor durante a vida (dicotomizada em poucas/algumas vezes e muitas vezes), a frequência atual (dicotomizada em nunca/raramente e às vezes/repetidamente/sempre) e o impacto da dor (se já deixou de fazer algo por causa da dor, dicotomizado em com dor/sem impacto e com dor/com impacto - combinando as respostas como 'teve dor, mas não deixou de fazer nada por causa dela' e 'teve dor e a dor impediu de fazer alguma tarefa diária'). No exame bucal, foram avaliadas as condições dentárias através do índice CPOD (dentes cariados, perdidos, e obturados), de acordo com os critérios da OMS⁶².

Foi calculada frequência absoluta simples e relativa para variáveis qualitativas, além de média e desvio-padrão ou mediana e percentis 25 e 75 para variáveis quantitativas. Avaliou-se a associação entre as características socioeconômicas, as questões de saúde, o índice CPOD e os desfechos de dor dentária com o tempo vivendo na rua. Para isso, utilizou-se o teste do qui-quadrado, o teste-t para amostras independentes para variáveis quantitativas ou o teste de Mann Whitney quando não havia distribuição normal. O nível de

significância estatística adotado foi $p < 0,05$. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 21.0.

O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética sob o nº 63683817.4.3001.5338 (Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre). As pessoas que apresentaram necessidades de tratamento odontológico foram encaminhadas aos serviços de saúde bucal existentes na rede municipal.

RESULTADOS

Dos 242 indivíduos convidados, 214 aceitaram participar do estudo, resultando em um percentual de resposta de 88,4%. Algumas perdas durante as entrevistas ocorreram quando o entrevistado não sabia responder a pergunta ou preferia não respondê-la. A idade média dos participantes foi de 42,54 ($\pm 13,27$) anos e a mediana de tempo em situação de rua, considerando abrigos, albergues e a rua propriamente dita foi de 40 (8 – 120) meses, sendo a mediana de tempo na rua de 4 (0 – 48) meses. A maior parte (163, 76,2%) foi do sexo masculino, não branco (123, 58,3%), solteiro (134, 62,6%), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto (144, 67,6%)), estava dormindo mais frequentemente em albergue (125, 58,4%), passando o dia em instituições (113, 52,8%) e foi para a rua por motivos relacionados a questões familiares (86, 41,0%). A renda semanal mediana foi de 53,50 (21,00 – 222,50) reais e, quando questionados se conseguiriam R\$1000 para pagar cuidados de saúde se necessário, a maior parte (143, 67,8%) respondeu que não conseguiria de maneira nenhuma.

As características socioeconômicas e suas associações com o tempo na rua estão apresentadas na Tabela 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo na rua e sexo ($p=0,248$), cor/raça ($p=0,807$), situação conjugal ($p=0,427$), a escolaridade ($p=0,112$), o local de estadia diurna ($p=0,402$), a posse de R\$1000 para cuidados de saúde ($p=0,543$), a renda semanal ($p=0,131$) e a idade ($p=0,460$). Dentre as características

socioeconômicas, verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo na rua e o local de pernoite nos últimos dias ($p=0,001$) e o motivo que levou à situação de rua ($p=0,006$).

Com relação às questões relacionadas à saúde, metade dos participantes apresentou comorbidade, relatando mais de um tipo de doença (105, 49,3%). Dentre as doenças auto relatadas, as mais frequentes foram os problemas de saúde mental (81, 38%) e a dependência química (82, 38,5%). Sobre o uso de substâncias, o mais frequente foi o uso de tabaco, sendo que a maior parte dos participantes teve um padrão de uso no nível moderado (121, 57,9%). As demais substâncias são utilizadas, na maioria dos casos, em um nível leve (álcool - 119, 57,2%; maconha - 117, 56,3% e cocaína/crack - 138, 66,0%). Uma parte considerável da amostra teve o nível de consumo considerado moderado para álcool (66, 31,7%), maconha (73, 35,1%) e (51, 24,4%) cocaína/crack. A frequência de higiene bucal relatada pela maioria dos participantes foi de 2 ou mais vezes por dia (115, 60,8%).

As associações entre as características de saúde dos participantes e o tempo que estão na rua estão descritas na Tabela 2. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com relação ao tempo na rua e o uso de tabaco ($p=0,453$), uso de maconha ($p=0,235$), uso de cocaína/crack ($p=0,077$) e ida ao dentista ($p=0,119$). O tempo na rua esteve associado com os problemas de saúde auto relatados ($p=0,011$), o uso de álcool ($p=0,003$), a procura por serviço de saúde geral no último ano ($p=0,014$) e a frequência de higiene bucal ($p=0,028$).

As condições bucais verificadas através do índice CPOD demonstraram que a média de dentes afetados foi de 10,95 ($\pm 8,43$), sendo 1,46 ($\pm 1,74$) para dentes cariados, 8,24 ($\pm 8,12$) para dentes perdidos e 1,24 ($\pm 2,25$) para dentes obturados. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o índice CPO ($p=0,390$), o componente C ($p=0,710$), o componente P ($p=0,149$) e o componente O ($p=0,127$) com o tempo na rua (Tabela 3).

A grande maioria dos participantes relatou já ter tido dor de dente durante a vida (193, 91,0%), sendo que 85 (48,9%) indivíduos tiveram dor há menos de 6 meses. Com relação ao número de vezes que tiveram dor de dente durante a vida, a maioria relatou que

teve muitas vezes (144, 75,8%), mas que atualmente os episódios de dor dentária ocorrem raramente (116, 60,4%). Quando questionados sobre o último episódio de dor, a maioria respondeu que a duração foi longa (115, 65,0%), com intensidade de moderada a intensa (141, 79,7%) e que tentou resolver a dor por conta própria ou esperou passar (114, 62,3%). Dentre os participantes que já tiveram dor de dente durante a vida, a maioria (103, 54,5%) apresentou algum episódio de dor que impediu a realização de tarefas habituais. A Tabela 4 sumariza os dados relacionados à frequência de dor dentária e descreve as associações entre a dor e o tempo na rua. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a duração ($p=0,792$), a intensidade do último episódio ($p=0,522$), e o impacto da dor ($p=0,058$) com o tempo que os participantes estão na rua. Os demais desfechos relacionados à dor dentária como a dor recente ($p=0,034$), a frequência passada ($p<0,001$), a frequência atual ($p=0,005$), e o modo de alívio ($p=0,027$) apresentaram associação significativa com o tempo na rua.

DISCUSSÃO

Este estudo tem como principal contribuição a descrição das condições bucais e das experiências de dor dentária de pessoas em situação de rua em uma capital do Brasil, visto que, até o momento, não há nenhuma pesquisa de abordagem quantitativa com essa população brasileira na literatura. Além disso, na maior parte dos estudos realizados com essas pessoas pelo mundo, a dor dentária não é descrita com muitos detalhes. No presente estudo, viu-se que as pessoas em situação de rua tem condições dentárias ruins, com grande número de dentes perdidos e muitos episódios de dor intensa e duradoura, gerando impacto nas atividades diárias, mas não refletindo na procura por dentista e sim nas ações de auto manejo. Ainda, os resultados demonstraram associação entre o tempo vivendo na rua com a frequência de dor dentária e o modo de enfrentá-la.

Embora seja difícil obter uma amostragem probabilística nesse tipo de população por seu grande caráter transitório, o presente estudo obteve uma amostra com uma

amplitude de experiências de situação de rua, abrangendo, inclusive, uma parcela daqueles que dormem só na rua e que, muitas vezes, não participam das pesquisas. Além disso, os participantes desse estudo apresentaram características socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, renda) semelhantes ao perfil de pessoas em situação de rua observado na cidade³⁸, melhorando a representatividade da amostra. Apesar de a presente metodologia ter recrutado pessoas nos 5 serviços que a prefeitura possui para essa população com o intuito de ampliar o perfil de participantes, os dados desse estudo devem ser interpretados de acordo com o contexto em que foi realizado, levando em consideração que a amostra é composta por pessoas que acessam instituições de assistência social. Outra limitação, inerente ao delineamento transversal, é o fato de inferências causais não serem possíveis. Contudo, por existir pouca literatura investigando a saúde bucal e as experiências de dor dentária da PSR e por esse ser o primeiro estudo no Brasil a pesquisar essas questões, esses dados tem grande potencial para auxiliar na mudança de prática de profissionais e gestores. Também pelo fato de ter havido alto percentual de resposta e por contemplar 10% da população em situação de rua encontrada no censo da cidade³⁸, é possível utilizar essas informações para outras populações semelhantes com o intuito de embasar o planejamento de ações qualificadas e específicas para a PSR.

Os participantes desse estudo apresentaram um perfil predominantemente masculino, solteiro, de meia idade e com pouca escolaridade e baixa renda, assim como em outros estudos pelo mundo^{21, 22, 25, 68}. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as características socioeconômicas e o tempo em que as pessoas estão vivendo na rua, viu-se associação entre o tempo na rua com o local de pernoite nos últimos dias e com o motivo que levou à situação de rua. Sugere-se que essa associação se deu por terem sido recrutados participantes de instituições com propósitos diferentes e que acolhem pessoas com uma grande diversidade de tipos de situação de rua. Sobre as questões relacionadas à saúde, metade dos participantes apresentou comorbidades, relatando mais de um tipo de doença, sendo a doença mental e a dependência química as mais frequentes. Esses resultados estão de acordo com outros estudos que demonstram altas prevalências de comorbidades e de uso prejudicial de substâncias ou problemas de saúde mental nessa população¹¹⁻¹⁹. Verificou-se, também, um maior consumo de tabaco do que de

uso de álcool e drogas, mesmo que se saiba que o uso prejudicial de drogas é alto nesse tipo de população^{18,19}. No entanto, com exceção do álcool, não foi encontrada associação entre o tempo na rua e o uso de drogas, o que pode ser explicado em parte pelo fato de o uso dessas substâncias ser ilícito no país e, em sendo auto reportado, assim como em outros estudos²⁰, talvez possa ser subestimado. Ainda, também foi vista associação entre os problemas de saúde auto relatados, a procura por serviço de saúde geral no último ano e a frequência de higiene bucal com o tempo na rua, demonstrando o quanto o contexto de vida dessas pessoas impacta na saúde geral e na manutenção de hábitos e rotinas de cuidado²⁶.

As evidências mostram que as pessoas em situação de rua tem piores condições bucais quando comparadas à população em geral^{20, 21, 39, 63, 64, 65}. Outros autores encontraram médias gerais de CPOD semelhantes às do presente estudo^{22, 68}, sendo a principal parte do valor descrita pelo componente de dentes perdidos. No entanto, a média do índice CPOD encontrada, quando comparada com a da população de Porto Alegre avaliada no último levantamento nacional, ou, até mesmo, quando comparada com a de outras populações em situação de rua no mundo, é um pouco menor. Observa-se, ao decompor o índice, que o aumento da média do CPOD na população geral da mesma cidade⁶⁶, ou, na população em situação de rua de outros países^{20, 23, 39, 63, 67}, é, na maior parte, justificado pelo maior componente obturado, sendo a média de dentes perdidos semelhante. Esse dado indica um papel “mutilador” da odontologia quando trata a população em situação de rua, com grande foco para extrações dentárias^{39, 69}. Ainda, o baixo número de dentes obturados observado por esse e por outros estudos^{22, 68}, também expressa a dificuldade de acesso destas pessoas ao tratamento odontológico. O que chama a atenção é que mesmo o Brasil sendo um país com serviços de saúde bucal de acesso universal no Sistema Único de Saúde, essa população tem menor número de dentes tratados quando comparada com populações semelhantes pelo mundo. Outro ponto a considerar é que, apesar do alto índice CPOD, o número de dentes cariados não foi tão alto, levando a crer que no momento da avaliação, a dentição dessas pessoas já havia sido deteriorada o suficiente para que o dente fosse considerado perdido ou já havia sido, de fato, extraído.

Apesar das condições bucais observadas, o presente estudo não encontrou associações estatisticamente significativas entre as condições bucais e o tempo de vida na

rua, assim como outros estudos que fizeram comparações semelhantes^{22, 23, 65}. Esse dado pode indicar uma limitação do índice CPOD em diferenciar a experiência de cárie passada do momento atual, não representando a existência de quadros agudos, por exemplo. Em contraste, outros autores verificaram a relação do quadro clínico com a vida na rua^{20, 25, 68, 69}. No entanto, além de essa associação em alguns estudos ser fraca, deve-se ponderar que geralmente não é feita a estratificação do CPOD por idade, apesar de saber que as condições bucais podem ser influenciadas pelo próprio passar do tempo de vida²³. Além disso, a falta de associação pode representar que talvez os participantes já apresentavam condições bucais ruins quando chegaram à situação de rua.

O presente estudo deu grande enfoque e descreveu com mais detalhamento as experiências de dor dentária dessa população que, muitas vezes, são reportadas superficialmente. Assim como visto em outros estudos, a frequência de dor de dente durante a vida dessas pessoas foi alta^{23, 47, 58}, sendo que grande parte apresentou algum episódio de dor recentemente^{22, 31, 39, 68, 69}. Além disso, observou-se que a maioria dos participantes sofreu algum impacto devido à experiência de dor, deixando de realizar tarefas diárias por causa dela. Outros estudos demonstraram o grande papel da dor de qualquer espécie no baixo bem estar mental⁷⁰, assim como, o impacto negativo da dor dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{20, 23, 39, 71}. Apesar da alta frequência de dor no passado e do impacto dela na realização de atividades habituais, os participantes relataram que a frequência atual de dor é mais baixa, o que pode significar a cronificação do quadro clínico ou que a solução permanente da dor já foi realizada de alguma maneira ao longo do tempo. Sobre o último episódio, viu-se que na maior parte as dores são intensas e duram longos períodos. No entanto, assim como em outros estudos^{47, 68, 69}, mesmo com grandes intensidades, a maioria dos indivíduos tentou resolver a dor por conta própria ou esperou passar, não buscando o dentista ou algum serviço de saúde como possibilidade de alívio da dor. Dentro deste auto manejo, observou-se, ainda, que uma parcela dos participantes fez uso de álcool ou drogas para aliviar o sofrimento. Discute-se que, apesar de sofrerem com dores intermitentes, as pessoas em situação de rua, geralmente, aprendem a conviver com a dor²⁶ e, quando esta se torna insuportável, as ações de auto manejo são muito frequentes, com formas alternativas de alívio, como o uso de drogas ou álcool, a

mastigação de analgésicos, a tentativa de drenar abscessos ou tirar o dente por conta própria com facas ou alicates, visto que estes são meios mais “fáceis” de lidar com a dor do que “atravessar” o sistema de saúde^{68, 73}. Outro estudo observou que, entre as pessoas em situação de rua que usam drogas, o manejo mais comum da dor, seja ela de qualquer natureza, geralmente é o próprio uso de drogas, sendo que aqueles que já tiveram prescrições de medicamentos negadas por algum profissional, ou sempre viveram na rua, apresentaram ainda maior propensão para o auto manejo da dor⁷⁶. Conseqüentemente, ainda, o próprio uso de substâncias para alívio da dor dentária pode agir como uma barreira indireta no acesso ao cuidado⁵⁸.

A literatura demonstrava que quanto mais tempo vivendo na rua, mais propenso está o indivíduo de ir a um serviço de emergência por motivo dentário⁷². No presente estudo, alguns desfechos como a dor recente, a frequência no passado, a frequência atual, e o modo de alívio da dor também apresentaram associação significativa com o tempo na rua, indicando, novamente, uma dificuldade de acesso regular dessa população aos serviços de saúde. Dentro deste contexto, são discutidas duas vertentes que resultam nas dificuldades de acesso à saúde dessa população⁷². Em parte a falta de acesso é justificada pela incapacidade dos serviços em atender as reais necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, visto que existem diversas barreiras e poucos profissionais preparados para compreender essas vulnerabilidades. Por outro lado, também é preciso ressaltar que existem dificuldades de aderência e baixa procura por parte dos próprios indivíduos que, devido à dinâmica peculiar de vida na rua, colocam todo o foco no dia-a-dia, sendo o “hoje”, e não a saúde bucal, a principal prioridade^{26, 58, 73}. Estudos demonstram que essa população enfrenta diversos eventos de vida urgentes/concorrentes⁵⁸, como busca por alojamento, uso de drogas, gerenciamento de questões financeiras, roubo de medicamentos, assim como dificuldades de memória ou a noção temporal do próprio isolamento^{26, 75}, por exemplo, que prejudicam a percepção da necessidade e a adesão a tratamentos. Sugere-se, ainda, que a história de experiências traumáticas no passado e a grande ansiedade dentária verificada por alguns estudos são fatores que contribuem à baixa procura por serviço odontológico dentre essas pessoas^{20, 73}. Por isso, devido ao seu contexto de vida caótico, essa população geralmente busca pelos serviços de saúde bucal, quando muito, apenas na presença de dor

intensa^{73, 74}. Ainda, frequentemente, quando ocorrem episódios de dor insuportáveis, o acesso ocorre em serviços de emergência, com a solicitação de extrações dentárias para alívio rápido²⁶. Nesse momento, as extrações de emergência têm efeitos positivos por serem a forma de alívio imediato do sofrimento, sendo úteis, a curto prazo, para que esses indivíduos tenham a oportunidade de recuperar o senso de controle sobre suas vidas²⁶. No entanto, a longo prazo, essas ações levam a dentes faltantes que resultam em dificuldade para comer, ou em constrangimento sobre a aparência²⁶.

Por isso, sugere-se que os serviços de saúde sejam flexibilizados^{73, 77} e que os profissionais sejam acessíveis e compreensivos com as vulnerabilidades dessa população^{58, 72, 73}. É necessário que políticos, gestores e profissionais de saúde sejam sensibilizados e entendam esse contexto, oportunizando cuidado adequado às necessidades de saúde bucal das pessoas em situação de rua, com resolubilidade e equidade, visto que a odontologia tem grande potencial para o alívio do sofrimento e para a reconstrução da autoestima das pessoas em situação de rua. Estudos adicionais devem ser feitos para medir a direção das associações encontradas e pesquisas com metodologias que avaliem as condições bucais agudas são necessárias.

CONCLUSÕES

As pessoas em situação de rua, mesmo aquelas que acessam instituições de assistência social e vivem em uma cidade com serviço público de saúde bucal, apresentaram grandes perdas dentárias e muitas experiências de dor, sendo que a maior parte não foi ao dentista para alívio do sofrimento e realizou o auto-manejo da dor, incluindo o uso de álcool e drogas. Viu-se que a frequência da dor e o modo de manejá-la estiveram associados com o tempo vivendo na rua. Este estudo demonstrou que a população em situação de rua merece atenção especial nos serviços de saúde bucal e que estes devem estar preparados para compreender e lidar com o contexto de vida dessas pessoas.

Conflito de Interesse: Não há nenhum tipo de conflito de interesse nesse estudo.

Colaboradores: M. O Comassetto, F. N. Hugo e J B. Hilgert participaram da elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo.

Agradecimentos: Nossos agradecimentos aos gestores do município que permitiram a realização da pesquisa e principalmente às pessoas que participaram desse estudo.

Tabela 1: Distribuição das variáveis socioeconômicas em relação ao tempo de vida na rua.

Características Socioeconômicas	≤ 1 Ano na rua		> 1 Ano na rua		Total		p-valor
	%	N	%	n	%	N	
Sexo							
Masculino	51,5	84	48,5	79	76,2	163	0,248
Feminino	60,8	31	39,2	20	23,8	51	
Raça							
Branco	54,5	48	45,5	40	41,7	88	0,807
Não-Branco	52,8	65	47,2	58	58,3	123	
Situação Conjugal							
Solteiro	51,5	69	48,5	65	62,6	134	0,427
Casado	50,0	14	50,0	14	13,1	28	
Separado/Divorciado/Viúvo	61,5	32	38,5	20	24,3	52	
Escolaridade							
Analfabeto/Fundamento Incompleto	51,4	74	48,6	70	67,6	144	0,112
Fundamental Completo	46,7	14	53,3	16	14,1	30	
Médio Incompleto	58,8	10	41,2	7	8,0	17	
Médio Completo ou maior	77,3	17	22,7	5	10,3	22	
Local que dormiu nos últimos dias							
Abrigo	40,4	23	59,6	34	26,6	57	0,001
Albergue	64,8	81	35,2	44	58,4	125	
Rua	34,4	11	65,6	21	15,0	32	
Local que passou o dia							
Rua	57,3	43	42,7	32	35,0	75	0,402
Trabalho	61,5	16	38,5	10	12,1	26	
Instituições	49,6	56	50,4	57	52,8	113	
Motivo que levou à situação de rua							
Questões familiares	52,3	45	47,7	41	41,0	86	0,006
Uso de drogas/álcool	34,0	17	66,0	33	23,8	50	
Desemprego	65,9	29	34,1	15	21,0	44	
Outro	66,7	20	33,3	10	14,3	30	
Posse de R\$1000 para cuidados de saúde							
Pediria emprestado	62,1	18	37,9	11	13,7	29	0,543
Guardaria o seu próprio dinheiro	48,7	19	51,3	20	18,5	39	
Não Conseguiria	53,1	76	46,9	67	67,8	143	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Renda Semanal (R\$)#	109,25	±137,72	134,88	±140,32	121,44	139,21	0,131
Idade*	41,92	±13,54	43,27	±12,99	42,54	13,27	0,460

#teste de Mann-Whitney. *teste-t para amostras independentes. DP: desvio-padrão.

Tabela 2: Distribuição das variáveis de saúde em relação ao tempo de vida na rua.

Características de Saúde	≤ 1 Ano na rua		> 1 Ano na rua		Total		p-valor
	%	n	%	n	%	N	
Problemas de saúde geral auto relatados							
Nenhum problema	71,1	27	28,9	11	17,8	38	0,011
Doença crônica	72,7	16	27,3	6	49,3	22	
Doença transmissível	33,3	3	66,7	6	4,2	9	
Doença mental	57,1	12	42,9	9	9,9	21	
Dependência química	61,1	11	38,9	7	8,5	18	
Comorbidade (+de 1 tipo de doença)	42,9	45	57,1	60	49,3	105	
Uso de tabaco							
Leve	58,7	44	41,3	31	35,9	75	0,453
Moderado	50,4	61	49,6	60	57,0	121	
Pesado	6,5	8	38,5	5	6,2	13	
Uso de álcool							
Leve	63,9	76	36,1	43	57,2	119	0,003
Moderado	39,4	26	60,6	40	31,7	66	
Pesado	43,5	10	56,5	13	11,1	23	
Uso de maconha							
Leve	59,0	69	51,0	48	56,3	117	0,235
Moderado	46,6	34	53,4	39	35,1	73	
Pesado	50,0	9	50,0	9	8,7	18	
Uso de cocaína/crack							
Leve	59,4	82	40,6	56	66,0	138	0,077
Moderado	41,2	21	58,8	30	24,4	51	
Pesado	50,0	10	50,0	10	9,6	20	
Procura por serviço de saúde no último ano							
Não	70,0	28	30,0	12	19,0	40	0,014
Sim	49,4	84	50,6	86	81,0	170	
Ida ao dentista							
Nunca foi	37,5	6	62,5	10	7,9	16	0,119
Foi há mais de 1 ano	58,2	57	41,8	41	48,5	98	
Foi há 1 ano ou menos	45,5	40	54,5	48	43,6	88	
Frequência de higiene bucal							
Nunca/raramente	42,3	11	57,7	15	13,8	26	0,028
1 vez por dia	41,7	20	58,3	28	25,4	48	
2 ou mais vezes por dia	61,7	71	38,3	44	60,8	115	

Tabela 3: Distribuição das variáveis clínicas em relação ao tempo de vida na rua.

Índice CPOD	≤ 1 Ano na rua		> 1 Ano na rua		Total		p-valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
CPO	10,67	±8,78	11,27	±8,06	10,95	±8,43	0,390
C (cariados)	1,44	±1,73	1,49	±1,77	1,46	±1,74	0,710
P (perdidos)	7,82	±8,43	8,73	±7,78	8,24	±8,12	0,149
O (obturados)	1,41	±2,33	1,05	±2,15	1,24	±2,25	0,127

teste de Mann-Whitney.

Tabela 4: Distribuição das variáveis de dor dentária em relação ao tempo de vida na rua.

Dor dentária	≤ 1 Ano na rua		> 1 Ano na rua		Total		p-valor
	%	n	%	n	%	N	
Último episódio de dor							
≤ 6 meses	42,4	36	57,6	49	48,9	85	0,034
> 6 meses	58,4	52	41,6	37	51,1	89	
Frequência Passada							
Poucas/Algumas vezes	73,9	34	26,1	12	24,2	46	<0,001
Muitas vezes	44,4	64	55,6	80	75,8	144	
Frequência Atual							
Nunca/Raramente	60,3	70	39,7	46	60,4	116	0,005
Às vezes/Repetidamente/Sempre	39,5	30	60,5	46	39,6	76	
Duração do último episódio							
Minutos/Horas	51,7	31	48,3	29	34,3	60	0,792
Dias/Semanas/Meses/Anos	49,6	57	50,4	58	65,7	115	
O que fez para aliviar							
Foi ao dentista/serviço de saúde	59,3	32	40,7	22	29,5	54	0,027
Usou álcool/drogas	20,0	3	80,0	12	8,2	15	
Esperou/tomou remédio/colocou algo	51,8	59	48,2	55	62,3	114	
Impacto nas tarefas habituais							
Sem impacto	58,1	50	41,9	36	45,5	86	0,058
Com impacto	45,6	47	54,4	56	54,5	103	
Intensidade do último episódio*							
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	0,522
	7,66	±2,53	7,90	±2,48	7,78	±2,50	

*teste-t para amostras independentes.

REFERÊNCIAS - ARTIGO 2

- 1 UN Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. 31th session of the UN Human Rights Council.; 2016.
- 2 Brasil. Presidência da República. Decreto n° 7.053, 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.
- 3 Sheiham A. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) 2008. *Community Dent Health*. 2009;26(1):2-3.
- 4 White MB, Newman DS. Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J Prim Care Community Health*. 2015; 6(2):77–87.
- 5 Taylor EM, Kendzor DE, Reitzel LR, Businelle MS. Health Risk Factors and Desire to Change among Homeless Adults. *Am J Health Behav*. 2016; 40(4):455–60.
- 6 Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009; 38:877–83.
- 7 Feodor NS, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Homelessness as a predictor of mortality: an 11-year register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1456-z>.
- 8 Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, Gissler M, Wahlbeck K, Eriksson JG. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 0:868–875.
- 9 Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Sloekers CT, Looman CW, van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One*. 2013; 8(10):e73979.
- 10 Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet*. 2011; 377(9784):2205-14.
- 11 Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014; 384(9953):1529-40.
- 12 Brett T, Arnold-Reed DE, Troeung L, Bulsara MK, Williams A, Moorhead RG. Multimorbidity in a marginalised, street-health Australian population: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2014; 4(8):e005461.

- 13 Wagner J, Diehl K, Mutsch L, Löffler W, Burkert N, Freidl W. Health status and utilisation of the healthcare system by homeless and non-homeless people in Vienna. *Health Soc Care Community*. 2014; 22(3):300-7.
- 14 Ranzani OT, Carvalho CR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Med*. 2016; 14:41.
- 15 Noska AJ¹, Belperio PS², Loomis TP², O'Toole TP³, Backus LI². Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis C Virus, and Hepatitis B Virus Among Homeless and Nonhomeless United States Veterans. *Clin Infect Dis*. 2017; 65(2):252-258.
- 16 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008; 5(12):e225.
- 17 Halpern SC, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(6):e00037517.
- 18 Upshur CC, Jenkins D, Weinreb L, Gelberg L, Orvek EA. Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey. *Am J Addict*. 2017; 26(7):680-688.
- 19 Baggett TP, Chang Y, Singer DE, Porneala BC, Gaeta JM, O'Connell JJ, Rigotti NA. Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *Am J Public Health*. 2015; 105(6):1189-97.
- 20 Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *Br Dent J*. 2007; 202(12):31.
- 21 Kaste LM, Bolden AJ. Dental caries in homeless adults in Boston. *J Public Health Dent*. 1995; 55(1):34-6.
- 22 Luo Y, McGrath C. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dentist*. 2006; 26(4):150-4.
- 23 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.
- 24 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.
- 25 Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013; 73(1):74-8.

- 26 Coles E, Freeman R. Exploring the oral health experiences of homeless people: a deconstruction-reconstruction formulation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016; 44(1):53-63.
- 27 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):67-81.
- 28 Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med.* 2011; 5(2):94-103.
- 29 Carneiro-Junior N, de 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.* 2010; 19(3):709-716.
- 30 Ronksley PE, et al. Variations in Resource Intensity and Cost Among High Users of the Emergency Department. *Acad Emerg Med.* 2016; 23(6):722-30.
- 31 Raven MC, Tieu L, Lee CT, Ponath C, Guzman D, Kushel M. Emergency Department Use in a Cohort of Older Homeless Adults: Results From the HOPE HOME Study. *Acad Emerg Med.* 2017; 24(1):63-74.
- 32 Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health, promotion, and homelessness. *BMJ.* 1999; 318(7183):590-592
- 33 Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health.* 2010; 100(7):1326-33.
- 34 Fisher R, Ewing J, Garrett A, Harrison EK, Lwin KK, Wheeler DW. The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: an observational study. *F1000Res.* 2013; 30(2):164.
- 35 Hwang SW, Wilkins E, Chambers C, Estrabillo E, Berends J, MacDonald A. Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Fam Pract.* 2011; 12:73.
- 36 Landefeld JC, Miaskowski C, Tieu L, Ponath C, Lee CT, Guzman D, Kushel M. Characteristics and Factors Associated With Pain in Older Homeless Individuals: Results From the Health Outcomes in People Experiencing Homelessness in Older Middle Age (HOPE HOME) Study. *J Pain.* 2017; 18(9):1036-1045.
- 37 Vogel M, et al. Chronic Pain Among Homeless Persons with Mental Illness. *Pain Med.* 2017. doi: 10.1093/pm/pnw324.
- 38 Relatório final da pesquisa: Cadastro de Adultos em Situação de Rua e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

- 39 Conte M, Broder HL, Jenkins G, Reed R, Janal MN. Oral health, related behaviors and oral health impacts among homeless adults. *J Public Health Dent*. 2006; 66(4):276-8.
- 40 Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. Predictors of chewing difficulty onset among dentate adults: 24month incidence. *J Public Health Dent* 2002; 62:214– 21.
- 41 Gomes AS, Abegg C. The impact of oral health on daily performance of municipal waste disposal workers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:1707–14.
- 42 Cohen LA, et al. Toothache pain: behavioral impact and self-care strategies. *Spec Care Dentist*. 2009; 29:85–95.
- 43 Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res*. 1987; 66:1414-7.
- 44 Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kinsey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 52-60.
- 45 Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2009; (9):7.
- 46 Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38:453-8.
- 47 Simons D, Pearson N, Movasaghi Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Br Dent J*. 2012; 213(7):e11.
- 48 Reich E, Hiller KA. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:379-83.
- 49 Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(5):1416-23.
- 50 Constante HM, Bastos JL, Peres KG, Peres MA. Socio-demographic and behavioural inequalities in the impact of dental pain among adults: a population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40(6):498-506.
- 51 Peres MA, Peres KG, Frias AC, Antunes JL. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. *BMC Oral Health* 2010; 10:20.
- 52 Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Socioeconomic and demographic disparities in symptoms of orofacial pain. *J Public Health Dent*. 2003; 63:166–73.
- 53 Bastos JL, Gigante DP, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis*. 2008; 14:320-6

- 54 Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12:1611-21.
- 55 Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. 2006; 22(5):1073-1078.
- 56 Riley JL, Tomar SL, Gilbert GH. Smoking and smokeless tobacco: increased risk for oral pain. *J Pain*. 2004; 5:218–25.
- 57 Jamieson LM, Mejia GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF. Risk factors for impaired oral health among 18- to 34-year-old Australians. *J Public Health Dent* 2010; 70:115–23.
- 58 Chi D, Milgrom P. The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings. *Spec Care Dentist*. 2008; 28(6):237-42.
- 59 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.
- 60 Booth S. Researching health and homelessness: Methodological challenges for researchers working with vulnerable, hard to reach, transient populations. *Austr J of Prim Health*. 1999; 5(3):76–81.
- 61 Who ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97(9):1183-94.
- 62 Who. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.
- 63 De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63(1):50-5.
- 64 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.
- 65 Gibson G, Rosenheck R, Tullner JB, Grimes RM, Seibyl CL, Rivera-Torres A, Goodman HS, Nunn ME. A national survey of the oral health status of homeless veterans. *J Public Health Dent*. 2003; 63(1):30-7.
- 66 Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 67 Coles E, Chan K, Collins J, Humphris GM, Richards D, Williams B, Freeman R. Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: predicting depression in homeless people. *J Psychosom Res*. 2011; 71(2):108-12.

68 de 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.

69 Gelberg L, Linn LS, Rosenberg DJ. Dental health of homeless adults. *Spec Care Dentist*. 1988; 8(4):167-72.

70 Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S. Factors associated with mental well-being of homeless people in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 68(2):145-53.

71 Richards W, Keauffling J. Homeless who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. *Prim Dent Care*. 2009; 16(3):94-8.

72 Figueiredo R, Dempster L, Quiñonez C, Hwang SW. Emergency Department Use for Dental Problems among Homeless Individuals: A Population-Based Cohort Study. *J Health Care Poor Underserved*. 2016; 27(2):860-8.

73 Caton S, Greenhalgh F, Goodacre L. Evaluation of a community dental service for homeless and 'hard to reach' people. *Br Dent J*. 2016; 220(2):67-70.

74 Hill KB, Rimington D. Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Prim Health Care Res Dev*. 2011; 12(2):135-44.

75 Paudyal V, MacLure K, Buchanan C, Wilson L, Macleod J, Stewart D. 'When you are homeless, you are not thinking about your medication, but your food, shelter or heat for the night': behavioural determinants of homeless patients' adherence to prescribed medicines. *Public Health*. 2017; 148:1-8.

76 Voon P, Callon C, Nguyen P, Dobrer S, Montaner J, Wood E, Kerr T. Self-management of pain among people who inject drugs in Vancouver. *Pain Manag*. 2014; 4(1):27-35.

77 Daly B, Newton JT, Batchelor P. Patterns of dental service use among homeless people using a targeted service. *J Public Health Dent*. 2010; 70(1):45-51.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa científica além de produzir conhecimento, pode servir como uma ferramenta de “denúncia social” e discutir temáticas pouco abordadas, buscando embasar políticas públicas de qualidade. Com essa intenção, esta dissertação verificou que Equipes de Saúde Bucal tem pouco contato e não estão preparadas para o atendimento da população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde. Por outro lado, observou-se que as pessoas em situação de rua tem condições bucais ruins e significativas experiências de dor dentária, com pouca procura pelo dentista e priorização do auto manejo para alívio da dor.

Os dados discutidos nessa pesquisa demonstram que as dificuldades dessa população com relação aos cuidados em saúde bucal podem ser reflexo tanto das barreiras para “atravessar” o sistema, com equipes pouco preparadas para o acolhimento, quanto da própria dificuldade dessas pessoas em reorganizar o seu contexto de vida e priorizar as questões de saúde. Este panorama realça a necessidade de lançar um olhar especial para o cuidado prestado a essas pessoas, com a compreensão de que este é um grupo diferenciado e heterogêneo que demanda serviços preparados para atender as suas necessidades, ofertando cuidados de saúde direcionados para aqueles que experimentam o maior risco e a maior dificuldade em obter acesso.

Assim, sugere-se que sejam ampliadas as oportunidades de cuidado para essas pessoas, através da efetivação de políticas integradas que foquem em ações de prevenção, educação, construção de vínculo e acompanhamento. Ao mesmo tempo, é necessário que sejam realizadas intervenções para a sensibilização e capacitação durante a formação ou educação permanente dos profissionais, criando condições favoráveis para que esses cidadãos sejam bem recebidos nos espaços de saúde, independentemente das condições em que se encontrarem.

Este trabalho, entendendo a importância da pesquisa como propulsora de mudanças, buscou fazer a devolutiva dos resultados encontrados. Assim, elaborou-se material para a divulgação da legislação sobre o tema (Apêndice 3) e realizou-se, durante a Semana de Saúde Bucal de Porto Alegre de 2017, a sensibilização e capacitação dos profissionais sobre o paciente em situação de rua, ampliando o olhar para a temática e rompendo a invisibilidade vivenciada por essa população (Anexo 4 e 5).

REFERÊNCIAS

- 1 Jahangir A. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. 31th session of the UN Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. 2016.
- 2 Kothari M. Economic, social and cultural rights. 61th session of the Commission on human rights. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living. 2005.
- 3 Busch-Geertsema V, Edgar W, O’Sullivan E, Pleace N. Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research. A Report prepared for the Consensus Conference. Brussels: FEANTSA, 2010.
- 4 Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013.
- 5 European Federation of National Organisations Working with the Homeless. On the way home? FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Brussels: FEANTSA; 2012.
- 6 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação: Secretaria Nacional de Assistência Social; 2009.
- 7 Movimento Nacional da População de Rua. Conhecer para Lutar. 2010. Disponível em:http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf
- 8 Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2009 dez. 24 [acesso em 2016 jul 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
- 9 Carneiro Junior N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Rev Saúde e Soc. 1998; 7(2):47– 62.

- 10 Laparra M, Obradors A, Pérez B, Pérez Yruela M, Renes V, Sarasa S, et al. Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Rev Española del Terc Sect.* 2007; 5:15–57.
- 11 Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: Results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009; 38(3): 877–83.
- 12 Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health.* 2011; 39(2):121–27.
- 13 Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. *BMC Public Health.* 2014; 14:690.
- 14 Henwood BF, Byrne T, Scriber B. Examining mortality among ex-homeless adults enrolled in First Residence: An observational study. *BMC Public Health.* 2015.
- 15 Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet.* 2014; 384(9953): 1529-1540.
- 16 Saddichha S, Fliers JM, Frankish J, Somers J, Schuetz CG, Krausz MR. Homeless and incarcerated: An epidemiological study from Canada. *Int J Soc Psychiatry.* 2014; 60(8):795–800.
- 17 Arnautovska U, Sveticic J, De Leo D. What differentiates homeless persons who died by suicide from other suicides in Australia? A comparative analysis using a unique mortality register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; 49(4):583–9.
- 18 Wright NMJ, Tompkins CNE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract.* 2006; 56(525):286-293.
- 19 White MB, Newman DS. Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J Prim Care Community Health.* 2015; 6(2):77–87.
- 20 Ballard S. Homeless People’s Access to Medical, Care and Support Services - A Review of the Literature. Housing Research Report HRR 5/03. England; 2003.
- 21 Anderson I, Baptista I, Wolf J, Edgar B, Benjaminsen L, Sapounakia A, et al. The Changing Role of Service Provision: Barriers of Access to Health Services for Homeless People. European Federation of national organisations Working with the Homeless. 2006.
- 22 Campbell DJT, O’Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary’s homeless populations. *BMC Fam Pract.* 2015; 16(1):139.

- 23 Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med.* 2011; 5(2):94–103.
- 24 Gillis LM, Singer J. Breaking through the barriers: Healthcare for the homeless. *Journal of Nursing Administration.* 1997; 27(6):30-34.
- 25 Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health, promotion, and homelessness. *BMJ.* 1999; 318(7183):590-592
- 26 Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health.* 2010; 100(7):1326–33.
- 27 Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *Br Dent J.* 2007; 202(12):31.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 Coles E, Freeman R. Exploring the oral health experiences of homeless people: a deconstruction-reconstruction formulation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016; 44(1):53-63.
- 31 Relatório final da pesquisa: Cadastro de Adultos em Situação de Rua e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- 32 Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 33 Frangella SM. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; 2004.
- 34 The United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>.
- 35 Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº31, de 14 de dezembro de 2000. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzindo artigos que criam o

Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. In: Constituição da República Federativa do Brasil. 2000.

36 Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação em rua no Brasil 1995-2005 [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília – Unb; 2006.

37 Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Governo Federal. 2008.

38 National Alliance to end Homelessness. Changes in the HUD Definition of “Homeless”. U.S. Department of Housing and Urban Development Disponível em: <http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2012/01/changes-in-hud-definition-homeless.pdf>

39 Schuch P, Gehlen I. A Rua em Movimento: Debates acerca da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre. 1 ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil; 2012. p. 11-25.

40 Johnstone M, Jetten J, Dingle GA, Parsell C, Walter ZC. Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership. *Front Psychol.* 2015; 6:739.

41 Busch-Geertsema V, Fitzpatrick S. Effective Homelessness Prevention? Explaining Reductions in Homelessness in Germany and England. *European Journal of Homelessness.* 2008; 2:69-95.

42 Rusenko RM, Homelessness & Related policy in Japan and Malaysia. Homelessness in a Global Landscape Simultaneous Workshop: Japan, Malaysia, China and Korea. 2015.

43 Valencio NFLS, Pavan BJC, Siena M, Marchezini V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: estigmatização, desfiliação e desterritorialização. *Rev Bras Sociol da Emoção.* 2008; 7(21):556-605

44 National Alliance to end Homelessness. The of Homelessness State In America. An examination of trends in homelessness, homeless assistance, and at-risk populations at the national and state levels. United States: 2016 [acesso em 2016 set 03]; 1-83. Disponível em: <http://www.endhomelessness.org/page/-/files/2016%20State%20Of%20Homelessness.pdf>.

45 Flatau P, Thielking M, MacKenzie D, Steen A, Bauskis A, Nolan K. The cost of youth homelessness in Australia Study: Snapshot Report 1. The Australian Youth Homeless Experience. 2015; [acesso em 2016 set 03]; 1–18. Disponível em: http://www.csi.edu.au/media/uploads/UWA_Cost_of_Youth_Homelessness_2_Kud dSko.pdf.

46 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12435 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a

organização da Assistência Social. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 6 jul 2011 [acesso em 2016 jul. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm.

47 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social; 2005.

48 Ferro MCT. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. Revista Direitos Humanos. 2012; 8.

49 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2006.

50 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Políticos. 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. Brasília, DF; 2005. [acesso em 2016 set 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm.

51 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Políticos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2016 ago 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

52 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Políticos. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2016 ago 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

53 Brasil. Ministério da Saúde. 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 (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 out. 21.

54 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2012 fev 1.

55 World Health Organization Regional Office for Europe. Priority research for health for all. Copenhagen: World Health Organisation; 1988. 36(1):30-1.

56 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.

57 Hewett N, Halligan A. Homelessness is a healthcare issue. *J R Soc Med.* 2010; 103(8):306–7.

58 Hallais JAS, de Barros NF. Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(7):1497–1504.

59 Hwang SW, Orav EJ, O’Connell JJ, Lebow JM, Brennan TA. Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann Intern Med.* 1997; 126(8):625–8.

60 Christensen RC, Garces LK. Where is the research on homeless persons and suicide? *Psychiatr Serv.* 2006; 57(4):447.

61 D’Amore J, Hung O, Chiang W, Goldfrank L. The Epidemiology of the Homeless Population and Its Impact on an Urban Emergency Department. *Acad Emerg Med.* 2001; 8(11):1051–5.

62 Taylor EM, Kendzor DE, Reitzel LR, Businelle MS. Health Risk Factors and Desire to Change among Homeless Adults. *Am J Health Behav.* 2016; 40(4):455–60.

63 Jamieson LM, Mejia GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF. Risk factors for impaired oral health among 18- to 34-year-old Australians. *J Public Health Dent* 2010; 70:115–23.

64 Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. Predictors of chewing difficulty onset among dentate adults: 24month incidence. *J Public Health Dent* 2002; 62:214– 21.

65 Gomes AS, Abegg C. The impact of oral health on daily performance of municipal waste disposal workers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23:1707–14.

66 Cohen LA, et al. Toothache pain: behavioral impact and self-care strategies. *Spec Care Dentist.* 2009; 29:85–95.

67 Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res.* 1987; 66:1414-7.

68 Conte M, Broder HL, Jenkins G, Reed R, Janal MN. Oral health, related behaviors and oral health impacts among homeless adults. *J Public Health Dent.* 2006; 66(4):276-8.

69 Simons D, Pearson N, Movasaghi Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Br Dent J.* 2012; 213(7):e11.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTIGO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colega! Quero convidá-lo para participar de uma pesquisa que está sendo realizada sobre saúde bucal da população em situação de rua. A pesquisa é intitulada “Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar” e tem como objetivo avaliar a situação de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. O trabalho está sendo realizado pela Cirurgiã-dentista Marcela Obst Comassetto, sob orientação da Professora Dra. Juliana Hilgert. O tema escolhido se justifica pela importância de criar conhecimento para que possam ser pensadas estratégias e políticas integradas que respondam as reais necessidades de saúde bucal dessa população, sem benefício direto a você. No entanto, esta pesquisa tem uma grande preocupação social e os resultados poderão ajudar os profissionais e os serviços odontológicos da cidade a organizar o cuidado em saúde bucal para as pessoas em situação de rua. Você tem total liberdade em se recusar em participar deste estudo, sem nenhum prejuízo a você. Se quiser participar, gostaria que você iria responder perguntas por meio de um questionário a respeito do assunto que você mesmo irá preencher. Neste questionário, será possível entender suas ideias acerca desse tema e as experiências pelas quais eventualmente você já tenha passado com essa população e em que situações estas ocorreram. Para alcançar os objetivos do estudo você irá responder a algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica, formação e atuação profissional, assim como sobre conhecimentos, percepções e experiências suas com relação a esta população específica. O tempo previsto para o preenchimento do questionário é de 20 minutos. Os riscos para você são mínimos, compatíveis com o preenchimento de um questionário sobre questões pessoais e profissionais. Caso você tenha algum desconforto ao responder o questionário, poderá avisar a pesquisadora a qualquer momento. Se quiser desistir de sua participação, poderá fazê-lo sem nenhum prejuízo a você. Qualquer dúvida você poderá perguntar à pesquisadora. Quando obtivermos os resultados dessa pesquisa, retornaremos os resultados a você para que possa ter a contrapartida deste estudo. Os dados de identificação serão confidenciais e, em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, as informações fornecidas serão identificadas, sendo a sua privacidade garantida pela pesquisadora. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo armazenados pelo pesquisador principal durante 5 anos e após totalmente destruídos (Resolução CNS 466/12).

Ao assinar este Termo, declaro que fui informado:

- Sobre os objetivos e importância desta pesquisa de forma clara;
- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e profissional;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa. Dra. Juliana Hilgert pelo telefone 3308-5205 ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2492 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS, 90035-004;
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, na Av. Paulo Gama, 110 (Sala 317), Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro - Porto Alegre/RS ou pelo telefone: 33083738 e e-mail: etica@propesq.ufrgs.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos.

Ciência e de acordo do participante da pesquisa:

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Representante legal

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Declaro que assinei 2 vias deste Termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Porto Alegre, ____/____/____

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO ARTIGO 1

Os blocos I a IV tratam de questões pessoais, de formação e de atuação profissional. Responda lembrando que os dados são sigilosos e que em nenhum momento você será identificado. A garantia de sigilo deste questionário segue os preceitos do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Resolução CNS 466/12).

I DADOS PESSOAIS

DATA: ____/____/____

1.1 Idade: _____ anos

1.2 Sexo: M F

1.3 Cor/Raça (conforme o IBGE): Marque a opção que você se autodeclara

Branca Preta Amarela Parda Indígena

1.4 Cidade de Nascimento: _____

1.5 Renda Familiar: No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

Até 1.500 reais

De 1.500 a 3.000 reais

De 3.000 a 6.000 reais

De 6.000 a 9.000 reais

De 9.000 a 12.000 reais

De 12.000 a 15.000 reais

De 15.000 a 20.000 reais

Mais de 20.000 reais

II DADOS DE FORMAÇÃO

SOBRE O ENSINO MÉDIO:

2.1 Você realizou o seu ensino médio em:

Escola pública Escola particular Escola pública e Escola particular

SOBRE A OCUPAÇÃO ATUAL

2.2 Qual a sua ocupação? (cargo que está atuando no momento)

Auxiliar de Saúde Bucal Técnico de Saúde Bucal Cirurgião-Dentista

2.3 Em que ano você concluiu a sua formação? _____

2.4 Em qual instituição/escola? _____

2.5 Em qual município? _____

2.6 Há quanto tempo você trabalha nesta profissão? _____

2.7 Você tem formação em outra profissão?

Não Sim → Qual? _____

*Apenas para os cirurgiões-dentistas:

2.8 Qual o seu nível de pós-graduação?

não tenho pós graduação

especialização em: _____ → finalizada em andamento interrompida

mestrado em: _____ → finalizada em andamento interrompida

doutorado em: _____ → finalizada em andamento interrompida

outro: _____

III ATUAÇÃO PROFISSIONAL

3.1 Qual a sua Gerência Distrital?

- Centro
 Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas
 Norte/Eixo Baltazar
 Leste/Nordeste
 Glória/Cruzeiro/Cristal
 Sul/Centro-Sul
 Parternon/Lomba do Pinheiro
 Restinga/Extremo-Sul

3.2 Sua Unidade de Saúde (US) é do tipo: UBS ESF

3.3 Há quanto tempo aproximadamente você está nesta US?

3.4 Há quanto tempo você trabalha no SUS? _____

3.5 Qual o seu tipo de vínculo atual?

- Estatutário
 CLT
 Outro → Qual? _____

3.6 Qual a sua carga horária semanal?

- 20 horas
 30 horas
 40 horas
 Outra _____ horas semanais

IV SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

4.1 Você se sente emocionalmente realizado na sua profissão?

Muito realizado Realizado Mais ou menos Pouco realizado Pouquíssimo realizado

4.2 Você se sente financeiramente realizado na sua profissão?

Muito realizado Realizado Mais ou menos Pouco realizado Pouquíssimo realizado

As perguntas dos próximos blocos se referem à “população em situação de rua”. Considere neste conceito todos aqueles que se encontram em abrigos, albergues e casas de convivência, destinadas ao acolhimento e/ou abrigo temporário, intermitente ou definitivamente, assim como aqueles que se encontram em atividades de perambulação pelas ruas e/ou que dizem fazer da rua seu local de existência e habitação.

V CAPACITAÇÃO

5.1 Você já recebeu alguma capacitação sobre população em situação de rua?

Não lembro Não Sim → Qual? _____

5.2 Qual o seu nível de interesse em receber alguma capacitação sobre população em situação de rua em algum momento?

Pouquíssimo interesse Pouco interesse Mais ou menos Algum interesse Muito interesse

5.3 Você já recebeu algum material impresso ou de divulgação sobre a população em situação de rua?

Não lembro Não Sim → Qual? _____

5.4 Como você considera o conhecimento que você tem sobre a população em situação de rua para o seu trabalho?

Muito suficiente Suficiente Mais ou menos Pouco suficiente Pouquíssimo suficiente

5.5 Como você se sente para o acolhimento e atendimento na Odontologia...

...de pessoas que se encontram acolhidas em abrigos?

Pouquíssimo capacitado Pouco capacitado Mais ou menos Capacitado Muito capacitado

...de pessoas que moram/dormem na rua?

Pouquíssimo capacitado Pouco capacitado Mais ou menos Capacitado Muito capacitado

5.6 Como você se sente para, durante o atendimento de Pessoas em Situação de Rua, abordar e identificar sinais de...

...uso abusivo de álcool?

Muito capacitado Capacitado Mais ou menos Pouco capacitado Pouquíssimo capacitado

...uso abusivo de drogas?

Muito capacitado Capacitado Mais ou menos Pouco capacitado Pouquíssimo capacitado

VI PRÁTICA

6.1 Você tem o costume de perguntar para os pacientes o seu local de moradia?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

6.2 Você tem/teve contato com algum trabalhador do serviço de abordagem social de rua/Ação Rua no seu trabalho?

Não conheço/não sei Não Sim



Com que frequência? (apenas para quem respondeu "sim" na 6.2)

Muito frequente Frequente Às vezes
 Pouco Frequente Raramente

6.3 No seu trabalho, você tem contato com os Serviços de Assistência Social (CRAS, CREAS, etc.) da região da sua Unidade de Saúde?

Não conheço/não sei Não Sim



Com que frequência? (apenas para quem respondeu "sim" na 6.3)

Muito frequente Frequente Às vezes
 Pouco Frequente Raramente

As questões 6.4, 6.5 e 6.6 se referem às pessoas em situação de rua que se encontram acolhidas em Abrigos (serviços com atendimento 24 horas que oferecem um local de referência, além do suprimento das necessidades básicas como, repouso, alimentação, higiene e vestuário).

6.4 Você/sua Equipe de Saúde Bucal já atendeu algum paciente que esteja acolhido em Abrigo?

Não sei
 Não
 Sim



(QUESTÕES (A), (B) e (C) apenas para quem respondeu "sim" na 6.4)

A. Com que frequência a sua Equipe de Saúde Bucal atendeu esses pacientes no último ano?

Quase nunca Algumas vezes/ano Algumas vezes/mês Algumas vezes/semana Quase diariamente

B. Realizou tratamento completo (1ª consulta, tratamento e alta) com algum desses pacientes?

Não lembro Não Sim → com todos com a maioria com a minoria com nenhum

C. No geral, como você classificaria estes atendimentos?

Muito fácil Fácil Nem fácil, nem difícil Difícil Muito difícil

6.5 Como você classifica o atendimento odontológico na sua Unidade de Saúde de pessoas que estão acolhidas em Abrigos?

Pouquíssimo viável Pouco Viável Mais ou menos Viável Muito viável

6.6 As pessoas que encontram-se acolhidas em Abrigos e que chegam ao seu Serviço de Saúde Bucal tem o acesso ao atendimento...

- ...igual ao dos demais pacientes
 ...diferente dos demais pacientes → **Este acesso diferente se caracteriza por** ser mais rígido
 ser mais facilitado

As questões 6.7, 6.8 e 6.9 se referem às pessoas em Situação de Rua que se encontram cotidianamente morando/dormindo na rua ou expostas a locais de risco/improvisados.

6.7 Você/sua Equipe de Saúde Bucal já atendeu algum paciente que mora/dorme na rua?

- Não sei
 Não
 Sim



(QUESTÕES (A), (B) e (C) apenas para quem respondeu "sim" na 6.7)

A. Com que frequência a sua Equipe de Saúde Bucal atendeu esses pacientes no último ano?

- Quase nunca Algumas vezes/ano Algumas vezes/mês Algumas vezes/semana Quase diariamente

B. Realizou tratamento completo (1ª consulta, tratamento e alta) com algum desses pacientes?

- Não lembro Não Sim → com todos com a maioria com a minoria com nenhum

C. No geral, como você classificaria estes atendimentos?

- Muito fácil Fácil Nem fácil, nem difícil Difícil Muito difícil

6.8 Como você classifica o atendimento odontológico na sua Unidade de Saúde de pessoas que moram/dormem na rua:

- Pouquíssimo viável Pouco Viável Mais ou menos Viável Muito viável

6.9 As pessoas que moram/dormem na rua e que chegam ao seu Serviço de Saúde Bucal tem o acesso ao atendimento...

- ...igual ao dos demais pacientes
 ...diferente dos demais pacientes → **Este acesso diferente se caracteriza por** ser mais rígido
 ser mais facilitado

6.10 Você já encaminhou algum paciente em Situação de Rua para...

...outro serviço de saúde bucal da Atenção Básica?

- Nunca atendi Não lembro Não Sim → Qual/quais serviço(s)? _____

...algum centro de especialidades odontológicas (CEO)?

- Nunca atendi Não lembro Não Sim → Qual/quais serviço(s)? _____

...algum outro serviço de saúde geral?

- Nunca atendi Não lembro Não Sim → Qual/quais serviço(s)? _____

...algum serviço de assistência social?

- Nunca atendi Não lembro Não Sim → Qual/quais serviço(s)? _____

7.1 Na sua opinião, você acha que as Pessoas em Situação de Rua devem ser atendidas nos serviços de saúde bucal,

A. independentemente das roupas que estiverem utilizando?

Com certeza sim Provavelmente sim Talvez Provavelmente não Com certeza não

B. independentemente das condições de higiene que apresentarem?

Com certeza sim Provavelmente sim Talvez Provavelmente não Com certeza não

C. independentemente de estarem apresentando sinais de uso de álcool e drogas?

Com certeza sim Provavelmente sim Talvez Provavelmente não Com certeza não

D. independentemente da falta de documento de identificação?

Com certeza sim Provavelmente sim Talvez Provavelmente não Com certeza não

E. independentemente da falta de comprovante de endereço?

Com certeza sim Provavelmente sim Talvez Provavelmente não Com certeza não

7.2 Na sua opinião, você acha que sua Equipe de Saúde Bucal deve atender Pessoas em Situação de Rua...

...em nenhuma circunstância

...somente quando encaminhadas pelo Consultório na Rua

...somente quando acompanhadas por funcionário de abrigo ou profissional da Assistência Social

...sem necessidade de encaminhamento

7.3 Você ou a sua Equipe de Saúde Bucal já teve experiências positivas com relação ao atendimento de Pessoas em Situação de Rua?

Não tive nenhuma experiência

Não

Sim → Por favor, descreva brevemente:

7.4 Você ou a sua Equipe de Saúde Bucal já teve experiências negativas com relação ao atendimento de Pessoas em Situação de Rua?

Não tive nenhuma experiência

Não

Sim → Por favor, descreva brevemente:

As questões de 8.1 a 8.9 se referem ao Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado em 2016 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Lembre-se que você não tem a obrigação de saber a resposta certa, portanto, responda de acordo com o seu conhecimento ou impressão pessoal!

8.1 O número de adultos em situação de rua de Porto Alegre é de aproximadamente:

Até 500 De 500 a 1.500 Entre 1.500 e 2.500 Entre 2.500 e 5.000 Mais de 5.000

8.2 A população de adultos em situação de rua tem na sua maioria:

de 18 a 25 anos de 25 a 35 anos de 35 a 60 anos +de 60 anos

8.3 A população de adultos em situação de rua é na maioria:

Mulher Homem

8.4 A população de adultos em situação de rua é na maioria:

Branca Negra

8.5 A população de adultos em situação de rua na maioria tem como escolaridade:

Analfabeto Ensino Fundamental incompleto Ensino Médio incompleto
 Ensino Fundamental completo Ensino Médio completo

8.6 A população de adultos em situação de rua é na maioria:

Nascida em POA/Região Metropolitana Nascida no interior do Estado De outros Estados

8.7 Entre os principais motivos que levaram as pessoas adultas em situação de rua a sair de casa estão: (preencha com 1, 2 e 3 = Primeiro, segundo e terceiro motivo mais citado)

Alcoolismo/drogas Desemprego Conflitos familiares Por opção

8.8 A população de adultos em situação de rua na maioria:

Dorme na rua Dorme em albergues ou outras instituições

8.9 A população de adultos em situação de rua na maioria:

Recebe algum benefício governamental Não recebe nenhum benefício governamental

8.10 Você acha que existe, na Legislação Brasileira, uma Política específica para a População em Situação de Rua?

Não existe Existe

8.11 Qual é o serviço de referência para o atendimento em saúde da População em Situação de Rua?

Consultório na Rua Atenção Básica Consultório na Rua e Atenção Básica

8.12 Segundo a Legislação Brasileira, a pessoa que vive nas ruas precisa apresentar algum comprovante de endereço para ter o Cartão SUS?

Não Sim

8.13 Segundo a Legislação Brasileira, as pessoas em situação de rua que estiverem sem documentos podem ser atendidas nos serviços de saúde bucal?

Não Sim, apenas em casos de urgência odontológica Sim, qualquer atendimento odontológico

Obrigada! A sua participação é muito importante!

APÊNDICE 3

CARTILHA ENTREGUE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

CARTILHA DE RESPOSTAS

Imagem: Google

SOBRE OS DOCUMENTOS

Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011
Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. § Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. Ou seja, a População em Situação de Rua não precisa apresentar comprovante de residência para cadastramento do cartão SUS e tem o direito de ser atendida em qualquer Unidade de Saúde do SUS.



SOBRE O CADASTRO DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA DE PORTO ALEGRE (2016)*

2115 adultos em situação de rua em Porto Alegre;
Homens (85,7%), com 35 anos ou mais (61,4%);
Autodeclaração: branca (34,3%), negra (24,6%), parda (12,3%), "moreno" (10%);
Ensino Fundamental Incompleto (57,4%);
Nascidos em Porto Alegre ou Região Metropolitana (59,1%);
Maioria dorme em lugares de risco/improvisados (52,1%);
Apenas 34,2% recebe Bolsa Família.

Principais motivos que levaram as pessoas à rua:
questões e conflitos familiares (32,5%);
uso de álcool/drogas (24%);
desemprego (8,6%).

*Cadastramento de Adultos em Situação de Rua e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

SOBRE O CONSULTÓRIO NA RUA

Instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011¹, visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do SUS, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Em áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pela Atenção Básica, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas.

¹Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

SOBRE A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento:

Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTIGO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado! Quero convidá-lo para participar de uma pesquisa que está sendo realizada sobre saúde bucal da população em situação de rua. A pesquisa é intitulada “Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar” e tem como objetivo avaliar a situação de saúde bucal desta população e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. Este tema foi escolhido pela importância de conhecer as necessidades de saúde bucal destas pessoas para melhorar os serviços. O trabalho está sendo realizado pela dentista Marcela Obst Comassetto, em conjunto com a Professora Dra. Juliana Hilgert. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema, sem benefício direto para você. Os resultados da pesquisa poderão ajudar os profissionais e os serviços odontológicos da cidade a organizar o cuidado em saúde bucal para as pessoas em situação de rua. Você tem total liberdade de se recusar a participar deste estudo, sem nenhum prejuízo a você. Se aceitar participar, você irá responder a algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica e de saúde, escolaridade, local de estadia, uso de álcool/drogas, assim como sobre questões sobre a sua saúde bucal: dor de dente, uso dos serviços de saúde/odontológicos, satisfação com sua saúde bucal, satisfação com o atendimento, higiene bucal. Após o questionário, será realizado um exame bucal rápido, com o uso de palito de madeira e gaze descartável, em local que permita a sua privacidade. Os riscos para você são mínimos, compatíveis com o desconforto de um exame bucal de rotina. O tempo previsto para essa avaliação completa é de 20 minutos. Se você necessitar de algum tratamento, você será informado sobre os serviços de saúde bucal disponíveis na cidade. Se você apresentar alguma mancha ou machucado em sua boca, faremos uma foto para registrar o tamanho. Qualquer dúvida você poderá perguntar à pesquisadora a qualquer momento. Caso você tenha algum desconforto ao responder os questionários ou receber o exame bucal, poderá avisar a pesquisadora e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a você. Os dados de identificação serão confidenciais e, em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, as informações fornecidas por você ou a fotografia serão identificadas, sendo a sua privacidade garantida pelas pesquisadoras. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação. Os dados obtidos serão utilizados somente para fins deste estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (Resolução CNS 466/12).

Ao assinar este Termo, declaro que fui informado:

- Sobre os objetivos e importância desta pesquisa de forma clara;
- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim nos serviços de saúde;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável: Juliana Balbinot Hilgert pelo telefone 3308-5205 ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2492 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS, 90035-004;
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, na Av. Paulo Gama, 110 (Sala 317), Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro - Porto Alegre/RS ou pelo telefone: 33083738 e e-mail: etica@propesq.ufrgs.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, avaliando e monitorando o andamento do projeto de modo que respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos.

Ciência e de acordo do participante da pesquisa:

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu participo desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

DIGITAL

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Representante legal

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Declaro que assinei 2 vias deste Termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Porto Alegre, ____/____/____

APÊNDICE 5

INSTRUMENTO ARTIGO 2

CÓDIGO IDENTIFICADOR: Entrevistador: _____ Data: ____/____/____	Local: <input type="checkbox"/> 1 Albergue Municipal <input type="checkbox"/> 2 Abrigo Bom Jesus <input type="checkbox"/> 3 Abrigo Marlene <input type="checkbox"/> 4 Centro Pop I <input type="checkbox"/> 5 Centro Pop II	Observações:
--	---	---------------------------------

BLOCO I - DADOS PESSOAIS/SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Data de Nascimento: ____/____/____

(se não souber, pedir documento ou anotar apenas a idade)

2. Sexo (não perguntar)

Masculino	1	[]
Feminino	2	[]

3. Qual a sua raça / cor? (perguntar qual a cor que a pessoa se considera)

Branca	1	[]
Negra/ Preta	2	[]
Parda	3	[]
Amarela	4	[]
Indígena	5	[]

[] 6	Outra. Qual? _____
[] 7	Não sei

4. Onde nasceu? (registrar a Cidade e o Estado) _____ [] Não sei

5. Sempre morou em Porto Alegre?

Não sei	1	[]
Sim	2	[]
Não (fazer a 5.1 e 5.2)	3	[]

➔ 5.1 Onde morava antes de vir a Porto Alegre?

Região Metropolitana	1	[]
Interior do Estado	2	[]
Outro Estado. Qual? _____	3	[]
Outro País. Qual? _____	4	[]
Não sei	5	[]

➔ 5.2 Há quanto tempo vive em POA?

_____ [] Não sei

6. Há quanto tempo está em situação de rua? (investigar tempo aproximado nas situações abaixo)

6.1 Em abrigos _____ (perguntar sobre tempo em outros abrigos)

6.2 Em albergues _____

Somatório: _____

6.3 Na rua _____

(não perguntar)

7. O que o levou a ficar em situação de rua? (não ler as alternativas, múltipla escolha)

Desemprego	1	[]
Conflitos/problemas familiares	2	[]
Uso de álcool	3	[]
Uso de drogas	4	[]
Doença/problema de saúde	5	[]
Outro. Qual? _____	6	[]

[] 7 Não sei

8. "Agora vou citar alguns documentos." Se você tivesse que me mostrar esses documentos, quais você possui?

Carteira de Identidade	Sim	1	[]	Não	2	[]
CPF	Sim	1	[]	Não	2	[]
Carteira de Trabalho	Sim	1	[]	Não	2	[]
Título de Eleitor	Sim	1	[]	Não	2	[]
Certidão de Nascimento/Casamento	Sim	1	[]	Não	2	[]
Cartão SUS	Sim	1	[]	Não	2	[]

9. Estudou até que ano? (Perguntar até que ano e marcar nível equivalente à última série concluída)

Analfabeto/nunca foi à escola	1	[]	6	[]	Curso técnico/profissional
Ensino Fundamental incompleto ("primário")	2	[]	7	[]	Ensino Superior incompleto
Ensino Fundamental completo ("ginásio")	3	[]	8	[]	Ensino Superior completo
Ensino Médio incompleto	4	[]	9	[]	Pós-Graduação
Ensino Médio completo ("magist./cientif.")	5	[]	10	[]	Não sei

10. Você tem filhos?

Sim	1	[]	➔	Quantos? _____
Não	2	[]		
Não sei	3	[]		

11. Qual a sua situação conjugal? (citar as alternativas para melhor entendimento)

É solteiro	1	[]
É casado/tem companheiro(a)	2	[]
É separado/divorciado	3	[]
É viúvo	4	[]

11.1 Você gostaria de informar sua orientação sexual/identidade de gênero? (Identidade de gênero refere-se a identificação diferente do sexo biológico. Orientação sexual refere-se a desejo sexual e/ou afetivo.)

Sim	1	[]	➔	Heterossexual	1	[]
Não	2	[]		Homossexual	2	[]
				Bissexual	3	[]
				*Transhomem	4	[]
				*Transmulher	5	[]
				Outro. Qual? _____	6	[]

*Transhomem = biologicamente sexo feminino com identidade masculina

*Transmulher = biologicamente sexo masculino com identidade feminina

(pode ser múltipla escolha)

12. Qual o local onde você dorme com mais frequência? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma)

Abrigo	1	[]
Albergue	2	[]
Hotéis/pensão	3	[]
Calçadas	4	[]
Ponte/viadutos	5	[]
Casas e prédios abandonados	6	[]
Na casa de amigos/ parentes	7	[]
Outro. Onde? _____	8	[]
Não sei	9	[]

13. Qual o lugar em que passas mais tempo durante o dia? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma)

Pelas ruas	1 []	4 []	Abrigo
No local de trabalho	2 []	5 []	Outro. Qual? _____
Casas de convivência/Centro Pop/CAPS	3 []	6 []	Não sei

“Agora vamos falar um pouco sobre dinheiro e renda”

14. O que você faz para sobreviver? (Não ler as alternativas, múltipla escolha)

Recebe benefício (BPC)	1 []	Catador de material reciclável	9 []
Recebe pensão	2 []	Distribui panfletos	10 []
Recebe bolsa-família	3 []	Limpeza/faxina	11 []
Recebe aposentadoria/INSS	4 []	Faz programas/Prostituição	12 []
Construção civil/pedreiro/pintor	5 []	Reciclagem	13 []
Lava/guarda carros/flanelinha	6 []	Pede/achaca	14 []
Carga e descarga	7 []	Jardinagem	15 []
Vendedor (doces, frutas, flores, jornais)	8 []	Outro. Qual? _____	16 []
	[]	Nada	17 []
	[]	Não sei	18 []

15. Quanto você acha que possui, mais ou menos, para passar 1 semana?

(se não souber dizer em semana, marcar por dia ou mês)

R\$ _____

16. Hipoteticamente, se você precisasse para uma emergência, por exemplo, de mil reais, como você conseguiria?

Pediria emprestado	1 []	➔ Para quem? (familiar, amigo, vizinho, etc...)
Por si próprio/guardaria meu dinheiro	2 []	_____
Pegaria empréstimo no banco	3 []	
Não conseguiria	4 []	
Não sei	5 []	

17. "Agora vou listar algumas doenças ou problemas de saúde."

Me diga, por favor, se tem ou não: (Leia cada uma das doenças e anote)

Doenças de pele	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
DST	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
HIV / AIDS	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Hepatite	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doenças respiratórias/Asma	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doença mental/Psiq./Psicol. /Depressão/Dos nervos/Da cabeça	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doença cardíaca/Sofre do coração	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Diabetes	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Dores no corpo	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Pressão alta	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Deficiência Física	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Com atadura/tala/gesso	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Tuberculose	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Dependência química/Álcool	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Outra. Qual? _____	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Sim Não	[] []	Onde?

18. Você procurou algum serviço de saúde no último ano?

Sim	1	[]	→ Onde? _____
Não	2	[]	Por qual motivo? _____
Não sei	3	[]	

BLOCO II – SAÚDE BUCAL

"Agora vamos falar um pouco sobre saúde bucal"

Mostrar cartão de respostas nº1

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Regular 4 Boa 5 Muito Boa 6 Não sei

19 – Como você classifica sua saúde bucal?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20 – Como você classifica a aparência de seus dentes e gengivas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21 – Como você classifica a sua mastigação?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22 – Como você classifica a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR

23. Você já teve dor de dente na sua vida?

Não sei (pular para o próximo questionário)	1	[]
Não (pular para o próximo questionário)	2	[]
Sim (fazer da 23.1 em diante)	3	[]



23.1 Quantas vezes na vida você já teve dor de dente?*

*Se não souber dizer, perguntar:

1 [] Poucas vezes

2 [] Algumas vezes

3 [] Muitas vezes

23.2 Já deixou de fazer alguma atividade que você costuma fazer por causa de dor de dente?

Sim	1	[] O quê? _____
Não	2	[]
Não sei	3	[]

23.3 Com que frequência você tem dor de dente atualmente?

Nunca	1	[]
Raramente	2	[]
Às vezes	3	[]
Repetidamente	4	[]
Sempre	5	[]

23.4 Quando foi a última vez que teve dor? _____

23.5 Você poderia me mostrar nessa linha qual o tamanho dessa sua última dor de dente? - mostrar escala de dor - (explicar que 0 significa nenhuma dor e 10 a pior dor possível)

23.6 Quanto tempo durou essa dor? _____

(anotar se minutos, dias, semanas, ...)

23.7 O que você fez para passar a dor?

Tomou remédio	1	[]
Colocou remédio	2	[]
Foi ao dentista	3	[] Onde? _____
Foi a serviço de saúde	4	[] Onde? _____
Tirou o dente	5	[] Onde? _____
Esperou passar	6	[]
Outro	7	[] O quê? _____

O que foi feito?
(investigar se foi
injeção,
procedimento)

QUESTIONÁRIO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

24. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?

Não sei	1	[]
Não	2	[]
Sim (fazer a 24.1)	3	[]

24.1 Por quê?

(não ler as alternativas)

(múltipla escolha)

Revisão	1	[]
Para extrair dente	2	[]
Resolver dor	3	[]
Para arrumar dente	4	[]
Para colocar prótese	5	[]
Outro. Qual?	6	[]

25. Você acha que necessita de prótese dentária? (preencher automaticamente "sim" para quem respondeu "colocar prótese" na questão anterior)

Não sei	1	[]
Não	2	[]
Sim	3	[]

26. Você já foi ao dentista?

(preencher automaticamente "sim" se na questão 23.6 a pessoa afirmou que "foi ao dentista")

Não sei (pular para questionário de higiene)	1	[]
Não (fazer apenas a 26.1)	2	[]
Sim (fazer da 26.2 em diante)	3	[]

26.1 Por que nunca foi ao dentista?

(não ler as alternativas, múltipla escolha)

Não senti necessidade	1	[]
Não tinha dinheiro	2	[]
Local distante/difícil acesso	3	[]
Dificuldade de transporte	4	[]
Horário incompatível	5	[]
Atendimento muito demorado	6	[]
Local sem o profissional que eu preciso	7	[]
Achou que não tinha direito	8	[]
Não tinha quem o acompanhasse	9	[]
Não gosta do profissional/do atendimento	10	[]
Tenho medo de dentista	11	[]
Outro. Qual?	12	[]
Não sei	13	[]

26.2 Quando foi a última vez? _____ (especificar se dias, meses, anos...)

26.3 Onde foi a última vez?

Posto de saúde	1	[]	Qual? _____
Consultório particular	2	[]	
Hospital	3	[]	Qual? _____
Outro	4	[]	

26.4 Qual o motivo da sua última consulta com dentista? (não ler as alternativas, múltipla escolha)

Revisão/prevenção/check-up	1	[]
Dor	2	[]
Extração	3	[]
Tratamento. Qual? _____	4	[]
Outro motivo. Qual? _____	5	[]
Não lembro	6	[]

*perguntar se estava doendo e se a dor foi o motivo da consulta

26.5 O que você achou do seu último tratamento com o dentista? (mostrar cartão de resposta nº1)

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Regular 4 Bom 5 Muito Bom 6 Não sei
 [] [] [] [] [] []

SE NA 26.2 A ÚLTIMA CONSULTA FOI HÁ MAIS DE 1 ANO*26.6 Por que não procurou serviço odontológico no último ano?** (múltipla escolha)

Não sentiu necessidade	1	[]
Não tinha dinheiro	2	[]
Local distante/difícil acesso	3	[]
Dificuldade de transporte	4	[]
Horário incompatível	5	[]
Atendimento muito demorado	6	[]
Local sem o profissional que eu preciso	7	[]
Achou que não tinha direito	8	[]
Greve no serviço	9	[]
Não tinha quem o acompanhasse	10	[]
Não gosta do profissional/do atendimento	11	[]
Negaram o atendimento	12	[]
Medo de Dentista/não gosta de dentista	13	[]

Outro. Qual? _____	14	[]
Não sei	15	[]

SE NA 26.2 A ÚLTIMA CONSULTA FOI HÁ MENOS DE 1 ANO*26.7 Neste atendimento/tratamento, foi receitado algum medicamento pelo dentista?**

Não sabe/não lembra	1	[]
Não	2	[]
Sim (fazer a 26.8)	3	[]

26.8 Recebeu os medicamentos pelo SUS?

Sim, todos	1	[]
Sim, parcialmente	2	[]
Não	3	[]

SE A ÚLTIMA IDA AO DENTISTA FOI DEPOIS DE ESTAR EM SITUAÇÃO DE RUA*26.9 Você conseguiu atendimento na primeira busca por atendimento odontológico?**

Sim	1	[]
Não sei/não lembro	2	[]
Não (fazer a 26.10)	3	[]

26.10 Por quê? (não ler as alternativas)(múltipla escolha)

Faltou vaga/senha	1	[]
Não tinha dentista atendendo	2	[]
Serviço ou equipamento não estava funcionando	3	[]
Não tinha material	4	[]
Não podia pagar	5	[]
Não tinha documento	6	[]
Esperou muito/desistiu	7	[]
Negaram o atendimento	8	[]
Outro. Qual? _____	9	[]

26.11 Você conhece o Consultório na Rua (CnR)? *(Térreo do Santa Marta – no centro, ao lado do mercado público)*

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.12 Desde que você foi para a rua, alguma vez você utilizou o CnR para ir ao dentista?

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.13 Você conhece o Ação Rua? *(equipe de abordagem social de rua - FASC)*

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.14 Desde que você foi para a rua, alguma vez você foi ao dentista com a ajuda do Ação Rua?

Não	1	[]
Sim	2	[]

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA HIGIENE BUCAL**27. Você limpa os seus dentes?**

Não <i>(pular para questões sobre cigarro)</i>	1	[]
Sim <i>(fazer todas as perguntas abaixo)</i>	2	[]



Por quê?

28. Com que frequência você limpa os seus dentes?

Raramente/quase nunca	1	[]
Frequentemente, mas não todos os dias	2	[]
1 vez por dia	3	[]
2 ou mais vezes por dia	4	[]

**29. O que você usa geralmente para fazer a limpeza de sua boca?** *(múltipla escolha)*

Escova de dente	1	[]
Pasta de dente	2	[]
Fio dental	3	[]
Enxaguante bucal	4	[]
Palito	5	[]
Outro. Qual? _____	6	[]

30. Você tem uma escova só para você?*(responder automaticamente "não, não tenho escova" se na questão anterior não citou escova)*

Sim (fazer a 31)	1	[]
Não, compartilho com outra pessoa	2	[]
Não, não tem escova	3	[]

31. Você tem onde guardar a sua escova?

Não	2	[]
Sim. Onde? _____	3	[]

32. Você tem acesso à água diariamente para escovar os dentes/lavar a boca?

Não	1	[]
Sim	2	[]



De onde vem a água que você utiliza?

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE USO DE TABACO, DROGAS E ÁLCOOL

“Agora vamos falar um pouco sobre cigarro”

33. Você fuma cigarros (tabaco, palha, palheiro) atualmente ou já fumou no passado?

Não, nunca fumei (pular para o próximo questionário)	1	[]
Parei de fumar (fazer 34, 34.1 e 34.2)	2	[]
Sim, fumo atualmente (fazer 35, 35.1, 35.2)	3	[]



35 Há quanto tempo você fuma? _____

35.1 Quantos cigarros você fuma por dia, em média?

menos de 11	1	[]
de 11 a 20	2	[]
de 21 a 30	3	[]
+ de 30	4	[]
Depende* (explicar)	5	[]

*Explicar: _____

34. Há quanto tempo você parou de fumar?

34.1 Por quanto tempo você fumou?

34.2 Quantos cigarros você fumava por dia, em média?

até 11	1	[]
de 11 a 20	2	[]
de 21 a 30	3	[]
+ de 30	4	[]

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Nº Identificação

--	--	--	--

1

	18	17	16	15	14	13	12	11		61	62	63	64	65	26	27	28	
Coroa									•									
Raiz																		
Trat.																		

	48	47	46	45	44	43	42	41		71	72	73	74	75	36	37	38	
Coroa									•									
Raiz																		
Trat.																		

Dentes Permanentes

Coroa	Raiz	CONDIÇÃO
0	0	Sadio
1	1	Cariado
2	2	Restaurado com cárie
3	3	Restaurado sem cárie
4	-	Perdido por cárie
5	-	Perdido outras razões
6	-	Selante
7	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante
8	8	Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta
T	-	Trauma (fratura)
9	9	Sem registro

TRATAMENTO

0 = Nenhum

1 = Restauração 1 face

2 = Restauração 2 ou mais faces

3 = Coroa por qualquer motivo

4 = Faceta laminada

5 = Tratamento pulpar e restauração

6 = Extração

7 = Outros cuidados

8 = Outros cuidados

9 = Sem registro

ANEXO 1

INSTRUMENTO ASSIST



Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)		
	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- Se "NÃO" em todos os itens, investigue:
"Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **derivados do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
 b. **bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
 c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
 d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
 e. **estimulantes, como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
 f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
 g. **hipnóticos/sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
 h. **alucinógenos** (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 i. **opióides/opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
 j. **outras** – especificar:

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos	0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar	0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de “a” a “j”) some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

ANEXO 2

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA FO-UFRGS



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 14 de setembro de 2016

ATA nº 10/2016.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:

Prezado Pesquisador JULIANA BALBINOT HILGERT,

Informamos que o projeto de pesquisa 31930 - Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar. encaminhado para análise foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

RESUMO: No contexto de extrema vulnerabilidade social no qual as pessoas em situação de rua estão inseridas, é bem documentado que esta população apresenta riscos aumentados de desenvolver e agravar problemas de saúde e, ainda, enfrenta muitas barreiras no cuidado à saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Visando investigar melhor esta questão, o presente estudo tem como objetivo avaliar, sob diversos ângulos, a situação de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. Serão realizadas três metodologias distintas que se complementam para ampliar o olhar sobre a temática. A primeira parte trata-se de um recorte metodológico, caracterizando-se como um estudo transversal descritivo. Será aplicado um questionário sobre saúde bucal com todos os adultos em situação de rua do município em conjunto com o censo da população adulta em situação de rua em Porto Alegre. O instrumento inclui questões sobre impactos da saúde bucal na vida diária, consulta odontológica, higiene bucal, dor dentária, auto-percepção de saúde bucal e perda dentária. A segunda metodologia trata-se de um estudo transversal analítico que será realizado através da aplicação de questionário, seguido de exame clínico de todos os adultos em situação de rua que acessam os 5 serviços próprios da Prefeitura de Porto Alegre. Os questionários abordam questões socioeconômicas, auto percepção de saúde bucal, impacto da saúde bucal na qualidade de vida, uso e avaliação do serviço de saúde bucal, dor dentária, ansiedade odontológica, uso de tabaco/álcool/drogas e higiene bucal. Além disso, as pessoas serão examinadas por um pesquisador previamente treinado e calibrado, quanto à cárie dentária, necessidade de tratamento, placa visível, inflamação gengival, uso e necessidade de prótese, lesão de mucosa e trauma dentário, obedecendo aos critérios dos índices clínicos propostos. O terceiro recorte trata-se de um estudo transversal descritivo que será realizado com todos os profissionais de saúde bucal atuantes da Atenção Básica de Porto Alegre, com o uso de questionários autoaplicáveis. Estes questionários serão entregues nos encontros das gerências distritais de saúde do município. O instrumento inclui questões socioeconômicas, sobre a formação e atuação profissional, além de questões sobre conhecimentos, experiências e crenças dos profissionais com relação à população em situação de rua. Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA), e à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS). Antes de serem convidados, os participantes serão informados dos objetivos, riscos e benefícios do estudo, tendo lido e assinado os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

PARECER: A coleta de dados será realizada nos centros de atendimento dia, no albergue e nos abrigos destinados às pessoas em situação de rua do município de Porto Alegre-RS (Albergue Municipal, Abrigo Municipal Mariene, Abrigo Municipal Bom Jesus, Centro de Atendimento dia - CENTRO POP - I e II). O projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA) e Plataforma Brasil. Pela aprovação.

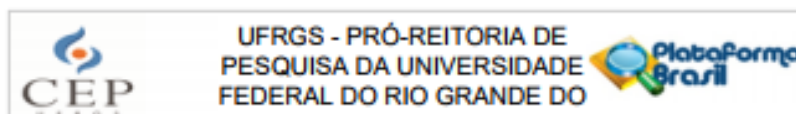
Atenciosamente,

Prof. Dr. Fabrício Mezzomo Collares

Coordenador da Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS

ANEXO 3

APROVAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL



Continuação do Parecer: 3.046.776

Básicas do Projeto	ETO_847936.pdf	14:58:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOREVISADO.pdf	14/04/2017 14:56:10	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAREVISADO.pdf	14/04/2017 14:55:43	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2REVISADO.pdf	14/04/2017 14:55:30	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1REVISADO.pdf	14/04/2017 14:54:29	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Outros	CARTADEREAPRESENTAÇÃO.pdf	11/03/2017 18:22:22	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Declaração de Instituição e Integridade	TERMOFASC.pdf	11/01/2017 17:10:10	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_JulianaBalbinot.pdf	11/01/2017 16:33:04	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Declaração de Instituição e Integridade	TERMOGAB.pdf	04/01/2017 10:26:43	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO.pdf	26/12/2016 14:25:23	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Brochura Pesquisa	CAPA.pdf	26/12/2016 14:09:39	Juliana Balbinot Hilger	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/12/2016 14:04:47	Juliana Balbinot Hilger	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farsopoalha CEP: 96.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4685 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO 4

CONVITE SEMANA DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE 2017

**IV Seminário de Educação Permanente em Saúde
na Produção do Cuidado em Saúde Bucal**

O papel da Saúde Bucal frente às epidemias sociais

19 a 31 de outubro de 2017
Porto Alegre - RS

Organização

<p>Coordenadoria Geral da Atenção Primária Política de Saúde Bucal</p> 	<p>Projeto de Extensão: Educação Permanente em Saúde na Produção do Cuidado de Saúde Bucal II</p> 	<p>Coletivo Co-gestor de Educação Permanente em Saúde Bucal</p> 
--	---	---

25 de outubro***Mesa Redonda- Saúde bucal no panorama atual da sífilis***

Atividade: Relato de caso: saúde bucal na coordenação do cuidado das IST – Dra. Juliana Romanini
Vigilância e Monitoramento – Enf. Adriane Friedrich
A condução do caso positivo: solicitação e interpretação – Dr. Paulo Behar
Horário: 8:30 às 12:00
Local: PUCRS – Auditório Térreo do Prédio 50

Mesa Redonda- Epidemias Sociais na Saúde Bucal

Atividade: O paciente sintomático respiratório ou com tuberculose no consultório odontológico – Dr. Daniel Faustino Silva
O paciente em situação de rua: ampliando o olhar – Dra. Marcela Comasseto
Horário: 13:30 às 17:00
Local: PUCRS – Auditório Térreo do Prédio 50

*Inscrições:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe3mQeM3naPoAaP5UpK4LUW7MzjMvhajq4tWCp73w-Pm29Adg/viewform?usp=sf_link

26 de outubro

(mesmo evento do dia 25 de outubro)

Mesa Redonda- Saúde bucal no panorama atual da sífilis

Atividade: Relato de caso: saúde bucal na coordenação do cuidado das IST – Dra. Juliana Romanini
Vigilância e Monitoramento – Enf. Adriane Friedrich
A condução do caso positivo: solicitação e interpretação – Dr. Vicente Antonello
Horário: 8:30 às 12:00
Local: PUCRS – Auditório Térreo do Prédio 50

Mesa Redonda- Epidemias Sociais na Saúde Bucal

Atividade: O paciente sintomático respiratório ou com tuberculose no consultório odontológico – Dr. Daniel Faustino Silva
O paciente em situação de rua: ampliando o olhar – Dra. Marcela Comasseto
Horário: 13:30 às 17:00
Local: PUCRS – Auditório Térreo do Prédio 50

**27 de outubro*****Abordagem das IST no consultório odontológico***

Atividade: atendimento clínico ao paciente com IST e o contexto das IST (sífilis, HIV e Hepatites) no RS

Palestrante: Aline Abraão**Horário:** 8:30 às 12:00**Local:** Rua Furriel Luíz Antônio de Vargas, 134, Bela Vista (ABO-RS)

ANEXO 5

NOTÍCIA VEICULADA NO SITE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE



**Prefeitura de
Porto Alegre**



buscar

Secretarias ▼
Departamentos ▼
Empresas ▼
Serviços ▼

A⁺ A

SAÚDE

- A SMS ▶
- Transparência ▶
- Serviços de Saúde ▶
- Locais de Atendimento ▶
- Vigilância em Saúde ▶
- Assistência Farmacêutica ▶
- Informações em Saúde ▶
- Ouidoria ▶
- Políticas em Saúde ▶
- Saúde do Trabalhador ▶
- Modernização da Saúde ▶
- Documentos e Publicações ▶
- Licitações, Editais e Concursos ▶
- Serviços Terceirizados ▶
- Conselhos e Comitês ▶
- Protocolos Assistenciais ▶
- E-SUS ▶
- GERCON ▶
- PMAQ-Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade ▶

Saúde Bucal discute epidemias sociais e população de rua

26/10/2017 17:37:21

Foto: Cristine Rochol/PMPA



Evento reuniu, na PUCRS, profissionais da Vigilância, IST e odontólogos

A Política de Saúde Bucal e o papel da odontologia frente às epidemias sociais está entre as discussões propostas durante a 7ª *Semana Municipal de Saúde Bucal*. Nesta quarta e quinta-feiras, 25 e 26, ocorreram debates com a participação de profissionais das áreas de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Vigilância em Saúde, além de odontólogos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). (fotos)

Pela manhã, os encontros trataram da relação do atendimento em saúde bucal com as infecções sexualmente transmissíveis, enfatizando o trabalho em equipe e o papel do cirurgião-dentista na vigilância e monitoramento dos casos confirmados. "Os cirurgiões-dentistas também são importantes na detecção de outras doenças além das relacionadas exclusivamente à cavidade bucal. No caso da sífilis, por exemplo, têm chegado muitos casos que acabamos identificando nos consultórios", comenta a coordenadora de Saúde Bucal da SMS, Caroline Schirmer.

À tarde, foram abordadas as especificidades das pessoas em situação de rua e como o dentista está se colocando junto às equipes de saúde da família no atendimento a esse público. De acordo com pesquisa apresentada pela cirurgiã-dentista Marcela Comassetto, 18,4% dos moradores em situação de rua já passaram por algum impedimento de acesso à saúde no Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde. No âmbito da Política Nacional para a População em Situação de Rua, o Consultório na Rua e o direito à saúde em qualquer serviço do SUS foram destacados como conquistas impulsionadas pelo trabalho do Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

Outro ponto destacado foi que esse público tem 56 vezes mais risco de contrair tuberculose e a maioria costuma apresentar problemas nos dentes. Conforme Marcela, estudo realizado pela Fundação de Assistência Social e Cidadania, em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apontou que 60% das pessoas em situação de rua entrevistadas na Capital relataram problemas dentários. "Fica o desafio para a rede de atendimento no sentido de produzir cuidado com empatia, acolhimento e promoção de vínculo", afirmou Marcela, enfatizando a importância da saúde bucal na inserção social e no resgate da cidadania.

Programação - A 7ª *Semana Municipal de Saúde Bucal* começou no dia 19, com o Ciclo de Debates Barbara Starfield, cujo tema foi *Acesso em saúde bucal: avanços e possibilidades*. O evento ocorreu no auditório do Hospital Moinhos de Vento e teve como palestrante o cirurgião-dentista Sylvio da Costa Junior, odontólogo de família e comunidade na prefeitura de Florianópolis e preceptor na Universidade Federal de Santa Catarina.

Promovida pela SMS, a programação da semana tem parceria da PUCRS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Conselho Regional de Odontologia. As atividades integram ainda a 16ª Semana Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Sul e o 4º Seminário de Educação Permanente em Saúde na Produção do Cuidado em Saúde Bucal.

/saude /saude_bucal /saude_da_familia































