

Trabalho de Conclusão de Curso

Atenção à Saúde Bucal da População em Situação de Rua: uma análise das ações nas capitais brasileiras da região sul

Joaquim Gabriel de Andrade Couto



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Joaquim Gabriel de Andrade Couto

**Atenção à Saúde Bucal da População em Situação de Rua: uma análise das ações
nas capitais brasileiras da região sul**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Coorientadora: Mestre Heloisa Godoi

Florianópolis, 2016

Joaquim Gabriel de Andrade Couto

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DAS CAPITAIS BRASILEIRAS DA REGIÃO
SUL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de outubro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Ana Lucia Schaefer Ferreira de Mello

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Gisele Cristina Manfrini Fernandes

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr.^a Mirelle Finkler

Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico esse trabalho à minha mãe, **Zeli**, por acreditar em mim e não medir esforço para que eu chegasse aqui.*

*Às minha irmãs, **Sabrina** e **Ana Thaisi**, pelo suporte e incentivo dados.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, por todo o esforço e oportunidades oferecidas para que eu chegasse até aqui. Obrigado pelo incentivo, pelas ligações diárias para saber como eu estava e pelas tentativas de me deixar mais calmo em momentos difíceis. Tenho certeza que chego aqui hoje por ter a senhora como exemplo de pessoa, que sempre me mostrou como trilhar o melhor caminho, buscando o respeito e a humildade. Muito obrigado por ser mãe, pai, irmã e amiga, tudo em uma pessoa só.

Às minhas irmãs, Sabrina e Ana Thaisi, por terem cuidado de mim com muito carinho desde criança. Vocês são grande parte de quem sou hoje, sempre tive muito orgulho de ter vocês como minha irmãs. Agradeço pelos momentos de conversa, de risadas, de ajuda e de puxões de orelha. E obrigado por me darem esses sobrinhos lindos e maravilhosos, o Pedro e o Antônio, que ainda está por vir.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de ter um ensino de qualidade, com ótimo corpo docente, oportunidades de pesquisa e extensão que agregam de forma positiva a formação acadêmica.

Ao Ministério da Saúde, por disponibilizar programas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), a partir do qual pude ter contato com temáticas que não eram contempladas pela minha grade curricular, que acarretaram na produção desse trabalho, e despertaram o desejo de estudar e lutar por um sistema de saúde de qualidade para todos.

À minha orientadora, Ana Lúcia, por ter aceito o convite para me orientar nesse trabalho, assim como por aceitar a temática, acrescentando ótimas ideias para que o trabalho fosse realizado. Tivemos um trabalho árduo para chegar aqui, mas sua calma e delicadeza foram essenciais para que o trabalho fosse finalizado.

Agradeço também à minha coorientadora, Heloisa, por dividir comigo os momentos corridos durante as coletas e análise dos dados. Obrigado por dispor um pouco de seu tempo para me ajudar.

À minha melhor amiga, Nadine, por ter me dado a oportunidade de te ter ao meu lado nesses 5 anos de faculdade. Você foi a melhor pessoa que eu conheci nos últimos anos. Não tenho palavras para descrever a importância que você teve para que eu chegasse

até aqui. Obrigado pelos momentos que tivemos, pelas milhares de conversas, as risadas, as comidas, as palavras de conforto nos momentos complicados. Você é uma das maiores responsáveis por eu ter chegado até aqui. Muito obrigado por tudo, e continue por perto.

À minha dupla na faculdade, Flávia, pela amizade e paciência durante esses anos. Obrigado pelo apoio para que eu realizasse esse trabalho, pelos momentos de diversão fora da faculdade, os atendimentos descontraídos e os momentos de aprendizado que compartilhamos nesses 5 anos.

Aos meus amigos, Mauricio Kosmann, Luiz Goulart, Mauricio Nunes, Daniela Goulart e Stephan, pelos momentos de diversão que tivemos nesses últimos anos. Vocês foram incríveis, tornando essa passagem pela faculdade muito mais leve e divertida. Obrigado pelas saídas para tomar umas cervejas, pelas conversas sobre o dia no banco do condomínio, pelas festas e pós festas

Aos meus amigos de São Joaquim, Leticia e Vinicius Bolzani, que mesmo ficando sem nos falar por muito tempo, quando nos reencontramos notamos que a amizade permanece a mesma.

Aos meus colegas de faculdade, por todos os momentos vividos desde março de 2012. Foram muitas histórias vividas que vão ficar guardadas para sempre na memória. Obrigado por tornarem a rotina do curso menos cansativa, por dividir os momentos difíceis e por organizar os melhores momentos alegres.

*O homem é um ser desamparado quando lhe falta o conhecimento
– o desamparo causado pela ignorância é o fertilizante das
ditaduras.*

Wilhelm Reich

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as ações de atenção à saúde bucal orientadas às pessoas em situação de rua, realizadas na atenção primária à saúde. Utilizou-se a abordagem qualitativa de investigação. A pesquisa foi realizada nas três capitais da região do Sul do Brasil, onde é frequente a presença da População em Situação de Rua (PSR). Foram considerados para participação Gestores municipais de saúde, da área da atenção primária ou do planejamento, Gestores municipais de saúde bucal, Coordenadores municipais dos Consultórios na Rua (CnaR), profissionais dos CnaR e Cirurgiões dentistas (CDs) de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de territórios onde há grande concentração de pessoas em situação de rua, totalizando 16 pessoas. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas e a análise foi realizada pela técnica da Análise de Conteúdo. Como resultados apontaram três grandes categorias: Atenção à saúde da PSR, Atendimento odontológico da PSR e Limitações para consolidação da atenção à PSR. No geral, a PSR tem acesso à saúde através das Unidades Básicas de Saúde e dos CnaRs, estando seus atendimentos mais vinculados a esse instrumento por conta da sua forma de abordagem. O atendimento odontológico foi relatado como uma das maiores demandas dessa população, observando-se que as três cidades atuam de forma diferente no provimento da assistência odontológica. Em Florianópolis, a PSR não possui vagas de atendimento odontológico específicas, tendo que se adaptar à forma de marcação das UBSs; Porto Alegre conta com a presença de um profissional técnico de saúde bucal (TSB) no CnaR, e oferece vagas de atendimento odontológico em uma UBS de referência; já em Curitiba, tem-se a presença de dois dentistas no CnaR, que fazem os atendimentos da PSR em dias e horários específicos, utilizando as instalações de uma UBS de referência. Verificou-se que as principais limitações para a consolidação da atenção à PSR são a falta de capacitação dos profissionais para atender adequadamente esta população, a ausência de levantamentos relacionados ao quantitativo da PSR, assim como buscar conhecer suas principais demandas e necessidades, além da percepção sobre sua própria saúde. Quanto à saúde bucal especificamente, o principal déficit apontado é a ausência de um profissional de saúde bucal no CnaR, trabalhando em conjunto nas abordagens da PRS para conhecer suas necessidades, buscando saná-las.

Descritores: Saúde Bucal, Pessoas em Situação de Rua, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the oral health attention to the population living on the streets, carried out by the primary health care. It was used a qualitative research approach, conducted in the three capitals of southern Brazil, where it's common to find people living on the streets. It was considered to participate on the research those professionals who were working as health managers, oral health managers, Street Clinics Units (STU) coordinators, professionals from STU, dentists from the Primary Health Care Units (PHCU) working on territories where there's a great concentration of people living on the street, from the three cities. The research resulted in 16 participants. The data was collected through interviews and the analysis was conducted by the Content Analysis technique. The results were divided on three categories: Health attention to people living on the streets, Dental care of the people living on the streets and Limitations to consolidation of the health attention to this population. In general, the people living on the street have access to health services through the BHUs and mainly through the STs because of the approaching method used by this instrument. The dental care was considered one the greatest demands from this population, and it was noticed that each city works in a different way to take care of these people's oral health. In Florianópolis, there's no specific vacancies of dental appointments, and this population must entry on the dental care queue from the PHCUs. In Porto Alegre, there's an oral health technician working on the STU, and they offer dental care with some specific dentists at a PHCU; while in Curitiba, there are two dentists on the STU, whose offer dental appointments on the PHCUs to the people living on the street. It was noted that the main limitations to the consolidation of the health attention to the people living on the streets are: lack of training the professionals to serve this population, the absence of surveys that show the number of people living on the streets, the main demands of this population and health self-perception as well. The main limiting factor to the oral health access is the lack of an oral health professionals working on the STU, seeking to know the population needs and trying to resolve them.

Descriptors: Oral Health, Homeless person, Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de participantes, por profissão, segundo capital estudada. Florianópolis, 2016.....	30
Quadro 2 – Caracterização dos participantes nas três capitais do estudo, segundo idade, sexo, tempo de formação acadêmica e atuação na SMS. Florianópolis, 2016.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior

CD - Cirurgião Dentista

CENTRO POP - Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CnaR – Consultório na Rua

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPO-D - Número de Dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados por cárie

CRD - Centro de Referência sobre Drogas

CS – Centro de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

eCR – Equipe de Consultório na Rua

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEBEM - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para “*Human Immunodeficiency Virus*”)

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS - *National Health Service*

OHIP-14 - *14-Item Oral Health Impact Profile*

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPSR – Política Nacional para a População em Situação de Rua

PSR – População em Situação de Rua

psr – pessoas em situação de rua

SciELO - *Scientific Eletronic Library Online*

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Live e Esclarecido

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHOQOL - *The World Health Organization's Quality of Life*

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Porcentagem

R\$ - Reais

® - Registrado

Sumário

INTRODUÇÃO	14
SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	18
Caracterização da População em Situação de Rua no Brasil	18
A saúde bucal da População em Situação de Rua.....	20
OBJETIVO	28
Objetivo geral.....	28
MÉTODO	29
Tipo de estudo.....	29
Locais de realização do estudo	29
Participantes.....	29
Coletas e Análise dos dados.....	30
Aspectos éticos.....	31
RESULTADOS.....	33
Atenção à saúde da PSR	33
Atendimento odontológico à PSR.....	39
Limitações para a consolidação da atenção à PSR.....	42
DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	55
APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	57
ANEXO A – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	61
ANEXO B – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	64
ANEXO C – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....	68

INTRODUÇÃO

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) implementada em 2009 por meio do Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define a População em Situação de Rua (PSR) como:

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. (BRASIL, 2009)

A presença de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil deve-se a aspectos como a urbanização, com a formação de grandes centros urbanos, migração da população para grandes centros urbanos, desigualdades sociais, pobreza, desemprego, preconceito e ausência de políticas públicas voltadas a esse grupo. Um dos maiores problemas dessa população é a invisibilidade, uma vez que passam despercebidos pela sociedade, dificultando que tenham seus direitos reconhecidos. Tal invisibilidade é notada quando ao olhar para trás, nota-se que apenas em 2009 houve a instituição da PNPSR, e que antes disso as poucas ações existentes tinham cunho higienistas, com o objetivo de “limpar” as cidades, expulsando esses moradores dos lugares onde se encontravam. O reconhecimento dessas pessoas como cidadãos é relativamente atual, e continuam pouco acolhidos pela sociedade, que muitas vezes julga essa população de forma discriminativa, estigmatizando-os de “vagabundos”, “maloqueiros”, “mendigos”, “preguiçosos” (BRASIL, 2014).

De forma geral, no Brasil os censos demográficos não incluem a PSR, uma vez que essas pesquisas têm a falta de endereço fixo como fator excludente. A dificuldade de definir um conceito e de mensurar essa população é a justificativa mais utilizada para a não inclusão desses indivíduos nessas pesquisas, tal dificuldade que se torna um desafio ainda maior quando exige uma metodologia que envolva todos os tamanhos e tipos de municípios brasileiros (FERREIRA, 2005). Diante disso, e com o aumento da representatividade da PSR, as assistências sociais de alguns municípios brasileiros tomaram iniciativas voltadas a essa população, procurando conhecer e quantificar esses indivíduos através de contagens em áreas pré-determinadas. Essas pesquisas foram sendo amadurecidas e ganhando caráter censitário, para que a partir delas se tornasse possível

conhecer a PSR para que políticas públicas voltadas a essa população pudessem ser criadas (BRASIL, 2012).

Tem-se o exemplo do município de Belo Horizonte, onde foi criado o Fórum da População em Situação de Rua no ano de 1995, que visava discutir e elaborar políticas públicas que mudassem a situação de exclusão da PSR, e a partir disso, o fórum realizou um censo específico para a PSR da cidade, o qual acabou influenciando na estruturação das Equipes de Saúde da Família (ESFs), as quais são caracterizadas pela responsabilização de uma população de um território geográfico específico, estrutura que proporcionava a exclusão da PSR, que tem como característica marcante a migração territorial (BRASIL, 2012).

Em 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou um censo voltado a PSR, que tinha como objetivo quantificar e caracterizar essa população. Participaram do censo 71 municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes, além de ter reconhecido os censos autônomos realizados nas cidades de Belo Horizonte, Recife, Porto Alegre e São Paulo. Foram identificadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, número equivalente a 0,061% dessas cidades. Apesar de tal censo não abordar a PSR total brasileira, e ser um relativamente antigo, ele ainda é referência base para conhecer as características dessa população, possibilitando a criação de políticas públicas voltadas a eles.

Deve-se estar ciente que essas pessoas sofrem diariamente a exclusão e discriminação nas diversas cidades do país, onde são invisíveis ao restante da população. Apesar de terem seus direitos protegidos pela Constituição Federal, muitas vezes são negados acesso a: proteção, saúde, privacidade, aconchego, banho, entre outros direitos básicos de um cidadão (BELO HORIZONTE, 2010).

Diante desse cenário, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu os chamados Consultórios na Rua (CnaR) (BRASIL, 2012), que integram as estruturas da rede de saúde básica e de saúde mental, afim de enfrentar os diversos problemas relacionados a saúde e as condições de vulnerabilidade nas quais se encontram. Como descrito no Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012), os Consultórios na Rua são formados por “equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde de uma referida PSR *in loco*”. As equipes podem estar estruturadas de três formas:

1. Modalidade I: dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, totalizando quatro profissionais;
2. Modalidade II: três profissionais de nível superior e três de nível médio, totalizando seis profissionais;
3. Modalidade III: equipe da modalidade II acrescida de um médico.

Segundo a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL 2011), dentre os profissionais que podem compor a equipe de Consultório na Rua (eCR), estão: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem e técnicos em saúde bucal. Já em 2014, a portaria nº 1.029 ampliou o rol das categorias profissionais que podem compor o CnaR, sendo elas: cirurgiões dentistas, profissionais/professores de educação física e profissionais com formação em arte e educação (BRASIL, 2014). Segundo dados obtidos no website do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente no Brasil estão em atividade um total de 137 eCRs, sendo a maioria delas (60) modalidade II, seguido de 52 modalidade III e 25 modalidade I. Dentre elas, a maioria está localizada no estado de São Paulo, que conta com quase metade das ECR modalidade III do Brasil. (DATASUS, 2014).

A PNAB (BRASÍLIA, 2004) reorganiza a atenção em saúde bucal, baseando-se em um conceito de saúde ampliado e não somente na assistência aos pacientes já doentes, mas sim na promoção de uma boa qualidade de vida. Organiza-se o modelo em linhas de cuidado, onde se conhece especificidades próprias das idades (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso); ou em condições de vida, como saúde da mulher, do trabalhador, de portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos. Assim, as ações de saúde bucal estão presentes também nos documentos específicos. No Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (BRASÍLIA, 2014), aborda-se a saúde bucal como uma prioridade em saúde dessa população, e mostra-se a necessidade da Equipe de Saúde Bucal (ESB) conhecer as suas especificidades e demandas, estando ciente das diversas dificuldades encontradas para prover os tratamentos necessários e reconhecer as necessidades preventivas, sem deixar de respeitar a vontade e o momento do usuário, sempre incentivando o cuidado à saúde.

O trabalho da Saúde Bucal deve ir além da assistência, contribuindo também na construção de vínculo com o resgate da autoestima, e reinserção social (BRASIL, 2014).

A compreensão da abordagem da PSR em relação à saúde bucal pode contribuir para um melhor atendimento a essas pessoas, visando reforçar os princípios da universalidade, equidade e atendimento integral, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o presente estudo apresentou a seguinte pergunta de pesquisa: **Como é realizada a abordagem da saúde bucal da população em situação de rua, nos grandes centros urbanos do sul do país?**

SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Caracterização da População em Situação de Rua no Brasil

Em 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) realizou o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua em Brasília, no qual se discutiram estratégias para formulação de políticas públicas voltadas para esse público. Notou-se a necessidade de estudos que pudessem determinar o número de pessoas em situação de rua (psr) e sua característica socioeconômica no país. Então, durante agosto de 2007 a março de 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Foram entrevistadas pessoas com mais de 18 anos de idade que se encontravam vivendo em situação de rua em 71 cidades brasileiras (48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais) (BRASIL, 2006).

A pesquisa encontrou um resultado de 31.922 psr nas cidades pesquisadas. Essas pessoas viviam em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas). O relatório deixa claro que esse número tende a ser muito maior, considerando que grandes cidades como São Paulo, Belo Horizonte e Recife não entraram na pesquisa por terem realizado pesquisas semelhantes num período próximo (BRASIL, 2008).

As características encontradas nessa população foram: a grande maioria é do sexo masculino (82%); mais da metade (53%) tem entre 25 e 44 anos; quanto à cor ou raça, quase 40% se declararam pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos. A maioria (52,6%) afirmou receber entre R\$20,00 e R\$80,00 por semana. Um grande número disse saber ler e escrever, enquanto 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome; a porcentagem aumenta quando se fala em estar estudando, onde 95% não estavam estudando no período da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os motivos descritos pelos entrevistados para estarem vivendo na rua foram: problemas de alcoolismo e/ou drogas, desemprego e desavenças com pai/mãe/irmãos. Cerca de 60% viveram em no máximo até três cidades, e 11,9% viveram em seis cidades ou mais, sendo os motivos mais comuns do deslocamento de cidades a procura de oportunidades de emprego e desavenças familiares. Quase 50% está há mais de dois anos

dormindo nas ruas ou em albergues. Uma grande parcela (60%) dos entrevistados afirmou já ter sido internada em alguma instituição, tendo sido citadas as seguintes instituições: abrigo institucional, hospital psiquiátrico, Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), Centro de Referência sobre Drogas (CRD), casa de detenção e orfanato (BRASIL, 2008).

Quase 70% dessa população costuma dormir nas ruas, e quando questionados sobre a última semana, 60,5% afirmaram terem dormido somente nas ruas. 46,5% preferem dormir nas ruas a dormir em albergues, e apontam como principais motivos a falta de liberdade quando utilizam os albergues (incluindo a proibição do uso de álcool e drogas) e o horário. Já os que preferem dormir nessas instituições têm como principais motivos a violência a que estão expostos na rua e o desconforto. Quando questionados sobre sua família, 51,9% afirmaram ter familiares na cidade onde residem, porém, 38,9% deles não mantêm contato com esses familiares (BRASIL, 2012).

A grande maioria dos entrevistados (70,9%) afirmou exercer alguma atividade remunerada, estando dentre essas atividades: catador de matérias recicláveis, flanelinhas, construção civil, limpeza e carregador. Somente 15,7% pedem dinheiro como principal método de renda, o que mostra que o estereótipo de “mendigos e/ou pedintes” imposto a essa população está muitas vezes equivocado. Quando questionados sobre alimentação, quase 80% dos entrevistados afirmaram que conseguem fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% compravam comida com seu próprio dinheiro (BRASIL, 2012).

Cerca de 62% declararam não ter nenhum problema de saúde, 8% não sabiam e 30% afirmaram ter algum problema de saúde, e dentre os problemas mais citados estão: hipertensão, problema psiquiátrico/mental, HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), problemas de visão/cegueira. Ao adoecer, 43,8% procuram em primeiro lugar hospitais/emergências, e 27,4% procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS). Dos entrevistados que faziam uso de medicamentos, 48,6% afirmaram adquirir a medicação na UBS (BRASIL, 2008).

Em relação à higiene, 32,6% relataram que tomam banho na rua, 31,4% em albergues, 14,2% em banheiros públicos e 5,2% na casa de parentes ou amigos. 32,5% faziam suas necessidades fisiológicas na rua, 25,2% em albergues, 21,3% em banheiros públicos, 9,4% em estabelecimentos comerciais e 2,7% na casa de parentes ou amigos. Nota-se a dificuldade de um local adequado para essa população realizar suas atividades

de higiene pessoal. A questão da higiene bucal é totalmente deixada de lado nessa pesquisa, mostrando a necessidade de estudos que abordem a realização da higiene bucal por essa população, questionando quanto a métodos de higiene, locais e materiais utilizados (BRASIL, 2008).

Sobre a documentação que essa população possuía 24,8% não apresentava nenhum tipo de documentação para identificação, o que dificulta as questões de inserção social, uma vez que essas pessoas encontravam dificuldades na obtenção de empregos formais e no acesso a programas governamentais. A grande maioria (quase 90%) não era atingida pela cobertura de nenhum programa governamental, e os que eram, citaram o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. A investigação das possíveis situações em que os entrevistados sofreram algum tipo de discriminação se baseou nas informações sobre impedimentos sofridos por eles ao tentar adentrar em algum estabelecimento, e os locais mais citados foram: estabelecimentos comerciais, shoppings, transporte coletivo, agências bancárias, órgãos públicos, estabelecimentos da rede de saúde, tentativa de tirar documentos (BRASIL, 2012).

A saúde bucal da População em Situação de Rua

Ao buscar na literatura trabalhos que abordem a saúde bucal de pessoas vivendo em situação de rua, poucos são os resultados encontrados. Na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), nenhum trabalho foi encontrado utilizando os descritores “oral health” e “homeless”. Buscando pelos mesmos descritores na base de dados PubMed são encontrados cerca de 50 trabalhos realizados em diferentes países, nenhum deles no Brasil. Os resumos foram lidos e então selecionados os artigos por data de publicação, considerando para a revisão os mais atuais.

Em 2015, Coles e Freeman buscaram conhecer a percepção da necessidade de cuidados de saúde bucal da PSR e como eles acessam a serviços de saúde bucal, utilizando a abordagem da Teoria Fundamentada (“*grounded theory*”) de desconstrução e reconstrução. A pesquisa foi realizada em quatro cidades da Escócia utilizando uma amostra intencional de psr que utilizam serviços do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*), totalizando 34 entrevistas. A metodologia da Teoria Fundamentada não cria nenhuma hipótese antes da coleta de dados, o que permite

conhecer as principais preocupações dos participantes em relação a sua saúde bucal, como eles lidam ou resolvem essas preocupações e permite conhecer os achados que estavam fundamentados nos dados coletados. As entrevistas focaram nas barreiras que a PSR encontrava para manter uma boa saúde bucal e para acessar serviços de saúde bucal. O tema foi utilizado para abrir uma discussão e buscar ganhar a confiança do entrevistado, para conhecer a perspectiva dessas pessoas e finalmente expandir o foco da discussão para tópicos instigados pelos entrevistados. Os principais tópicos em relação à saúde bucal levantados pelos participantes foram em relação ao acesso a serviços odontológicos, ansiedade odontológica, aparência da boca e dos dentes e o impacto da menor saúde bucal na confiança, autoestima e bem-estar. Quando a temática surgia, os participantes eram questionados sobre os fatos que os levaram a situação de rua, experiências enquanto em situação de rua, e suas esperanças sobre o futuro.

Os autores utilizaram a teoria de desconstrução/reconstrução para explicar a saúde bucal da PSR, que passa por três momentos, iniciando com a fase de desconstrução, quando ocorre a perda da preocupação com a saúde bucal, resultando na falta de hábitos de higiene bucal por conta da ausência de locais para realizá-los e também pelo uso de drogas, além dessa população não buscar atendimento odontológico, resultado da falta de um endereço fixo, falta de conhecimento sobre como obter um atendimento, e a falta de dinheiro; seguido pela fase de “construção”, período no qual a PSR passa a procurar atendimento odontológico em casos de extrema dor, considerado pelos autores uma tentativa de passar ao processo de “reconstrução”, momento na qual a saúde bucal volta a ter importância na vida dessa população, e os hábitos de higiene bucal e tratamentos odontológicos voltam a ser rotineiros.

Van Hout e Hearne (2014) entrevistaram 15 moradores de rua em duas clínicas de reabilitação na Irlanda. Foi aplicado um questionário semiestruturado abordando os temas acesso e entendimento do atendimento odontológico, saúde bucal e opiniões sobre a oferta de serviço odontológico para usuários de drogas e aqueles em recuperação do vício. Muitos dos participantes relataram só procurar um dentista quando sentiam dor. Dentre as barreiras para o acesso ao atendimento, foram citadas a falta de plano de saúde, falta de dinheiro e o problema com o uso de drogas. Durante as entrevistas, falou-se do medo que essas pessoas tinham de agulhas e de não gostarem do uso das luvas de borracha durante os atendimentos.

Quando questionados sobre os hábitos de higiene bucal, notou-se que tal hábito era negligenciado, sendo que alguns participantes afirmaram nunca ter escovado os dentes ou usado fio dental enquanto estavam fazendo uso de drogas, além de utilizar bebida alcoólica como enxaguatório bucal. Alguns dos pacientes relataram se arrepender do descuido com a saúde bucal, o que estava refletindo em perda de confiança por conta da aparência, onde muitos reclamaram da falta de dentes e do escurecimento dos remanescentes (VAN HOUT; HEARNE, 2014).

Também em 2014, Ford, Cramb e Farah fizeram um estudo na cidade australiana de Brisbane, onde buscaram descrever os impactos adversos dos problemas de saúde bucal e qualidade de vida em geral da PSR. A amostra envolveu 166 pessoas que estiveram em um abrigo para PSR no período do estudo, sendo que apenas 58 delas aceitaram participar da pesquisa. Os participantes responderam uma enquete sobre informações demográficas e hábitos de saúde; impactos da saúde bucal, usando o questionário “*14-Item Oral Health Impact Profile*” (OHIP-14); qualidade de vida, por meio da versão curta do questionário “*The World Health Organization’s Quality of Life*” (WHOQOL). Além de ter sido realizado um exame bucal e avaliação da necessidade de tratamento de 34 participantes que estiveram presentes nos dias marcados para os atendimentos. Variáveis de interesse do estudo foram comparadas com dados disponíveis da população em geral da cidade.

Dentre os pacientes dentados, os impactos da saúde bucal foram significativamente maiores entre todas as medidas utilizadas quando comparados com dados já existentes da população em geral, sendo que a prevalência, extensão e severidade desses impactos se mostraram três vezes maiores na PSR; demonstraram também ter uma qualidade de vida menor nos quatro domínios avaliados (físico, psicológico, social e do meio ambiente). Quando avaliados segundo suas condições bucais, a média de dentes faltando era de seis, número parecido com a da população em geral; a média de dentes cariados era também de seis, sendo expressivamente maior do que o valor na população em geral, que tinha uma média de 0.8 dentes cariados. Todos os participantes tinham pelo menos um tipo de necessidade de tratamento, sendo as mais prevalentes: tratamentos restauradores, tratamento periodontal, extrações dentárias e uma pequena parcela necessitava de reabilitação protética (FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Esse estudo mostrou que a minoria dos participantes procurava atendimento odontológico para prevenção. Dentre a amostra estudada, notou-se que o custo financeiro de um tratamento odontológico também não era a única barreira encontrada por eles, uma vez que dos 58 participantes que foram chamados para uma avaliação bucal gratuita, apenas 34 estiveram presentes na data marcada. A situação de saúde bucal não mostrou relação com a qualidade de vida em geral, supondo-se que isso se deve ao fato de que essas pessoas costumam lidar com muitos desafios diariamente, e a saúde bucal é apenas um deles, e talvez não seja se dado uma atenção adequada (FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Em Portugal, Pereira, Oliveira e Lunet (2014) afirmaram que apesar de no país existir acesso universal e gratuito à saúde, o número de instituições de assistência à saúde bucal é relativamente pequeno e distribuído de forma desigual no país, o que dificulta o acesso da população em geral. Espera-se uma dificuldade ainda maior de acesso da PSR. O estudo realizado por esses autores buscou descrever a prevalência de doença cárie e os hábitos de higiene bucal de moradores de rua na cidade do Porto. Um total de 146 moradores de rua que viviam em albergues/abrigos foram entrevistados. Também foi realizado um exame da cavidade oral para avaliar a presença de cárie dental por meio do índice CPO-D.

A grande maioria dos entrevistados eram homens com uma média de idade de 45 anos e desempregados; 75% dos participantes eram fumantes ou consumiam bebida alcoólica diariamente. Alguns afirmaram que já haviam sido presos, usado drogas ilícitas e se prostituído. Cerca de 10% reportaram ser HIV positivo. Praticamente todos relataram já ter tido cárie dental e a média do índice CPO-D foi de 12,8, sendo que o maior componente do índice foi o de dentes perdidos. Apesar da prevalência de falta de dentes, apenas 11,6% faziam uso de próteses dentárias. Cerca de 29% participantes afirmaram não ter escovado os dentes nenhuma vez na última semana, 33% escovaram uma vez por dia e uma minoria de 3% escovou pelo menos duas vezes por dia. Apenas 2,8% relataram fazer uso de fio dental (PEREIRA; OLIVEIRA; LUNET, 2014).

Ainda segundo Pereira, Oliveira e Lunet (2014), aproximadamente 30% dos participantes nunca foi em uma consulta odontológica, quase metade também não foi no último ano e apenas 21% afirmaram ter ido a uma consulta no último ano. Um pouco mais da metade relataram já ter dito dor de dente no último ano, e apenas 4% afirmaram

ter visitado um dentista para tratar a dor. Quando questionados sobre a auto percepção da saúde bucal, cerca de 37% afirmaram ter uma saúde bucal ruim, e 19% acreditam ter uma boa saúde bucal.

Figueiredo, Hwang e Quiñonez (2012) buscaram avaliar a saúde bucal e necessidades de moradores de rua em Toronto (Canadá), além de determinar como essas pessoas percebem sua saúde bucal e as experiências de cuidado à saúde bucal e correlacionar a presença de doenças bucais com o período de tempo que essas pessoas estavam vivendo na rua e desempregados. Um total de 191 pessoas vivendo em abrigos participou do estudo, sendo a maioria do sexo masculino, brancos e solteiros. O período médio que esses indivíduos estavam em situação de rua foi de quatro anos. A maioria afirmou ter boa saúde em geral, e aproximadamente 60% reportou algum tipo de condição médica, como: artrite/reumatismo, problemas de coração, diabetes e problemas de fígado. Quanto à situação de saúde bucal, houve uma grande discrepância entre a percepção de saúde bucal e a real necessidade que essas pessoas tinham.

A média do índice CPO-D foi de 14,4. Aproximadamente 20% acreditava que não precisava de nenhum tipo de tratamento odontológico, enquanto apenas 3% após o exame bucal realmente não tinham nenhuma necessidade de tratamento. Tratando-se de procedimentos restauradores, 35% acreditavam não necessitar desse tipo de tratamento, quando na verdade 88% foram detectados com alguma necessidade; 3% achavam não necessitar de tratamento de urgência, e com a avaliação bucal se constatou que esse número era na verdade de 40% dos participantes; dos que necessitavam do uso de próteses, metade havia percebido essa necessidade. O trabalho encontrou uma diferença estatisticamente significante entre o índice CPO-D daqueles que estavam em situação de rua há um ano ou menos (12,3) e aqueles que estavam há mais de um ano (15,9); e também foi encontrada essa diferença em relação ao período que esses indivíduos estavam desempregados, sendo que aqueles que estavam há um ano ou menos apresentaram um CPOD médio de 11,5, e os que estavam há mais de um ano tiveram um índice de 17,0, mostrando uma relação entre a condição de saúde bucal e o período em situação de rua e de desemprego (FIGUEIREDO; HWANG; QUIÑONEZ, 2012).

Diante da grande dificuldade de encontrar trabalhos brasileiros abordando o tema, realizou-se uma busca em bases de dados como o Portal de Periódicos da Coordenação

de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), onde foram encontrados dois trabalhos, que após serem lidos na íntegra, foram considerados úteis nesta revisão.

Fernandes (2005) realizou um estudo da prevalência de cárie dental em crianças e adolescentes vivendo em situação de rua no município de São Paulo, o qual se tornou sua dissertação de mestrado. A pesquisa descrita abordou uma amostra de 137 crianças e adolescentes, os quais foram divididos em três grupos: a) crianças e adolescentes de baixa condição socioeconômica que viviam de trabalhos nos semáforos da cidade e retornam as suas casas no fim do dia; b) menores que vivem em grupos nas ruas centrais da cidade, podendo passar dias sem retornar a sua residência, ou aqueles que ocupam diversos espaços públicos como moradia; c) estavam inseridas nos dois outros grupos, porém estavam sob a tutela de alguma instituição que buscava reinseri-las em convívio familiar.

Todos os participantes foram submetidos a um exame físico extra e intra oral, e responderam um questionário estruturado em quatro partes: identificação do participante; grau de informação sobre cárie dental (etiologia e métodos de prevenção); dados sobre higiene bucal (frequência de escovação, uso de creme dental, frequência e motivo de consulta com dentista); uma quarta parte sobre amamentação, destinada à mães dos menores. O CPO-D médio encontrado na amostra foi de 4,0, estando o índice mais elevado na idade de 16 anos (8,0); em relação ao sexo dos participantes, o índice CPO-D médio foi similar (3,8 no sexo masculino e 4,0 no sexo feminino); 36,5% afirmaram não possuir escova dental, e entre eles, o CPO-D médio era de 5,1, enquanto os outros 63,5% que possuíam escova dental, tinham um índice médio de 2,6; quanto ao uso de creme dental, nota-se que o mesmo também acontece, 58% afirmou não utilizar creme dental, e o CPO-D médio foi de 5,0, quando dentre os que usavam creme dental o CPOD foi de 3,1; o índice CPO-D também aumentou quando relacionado ao menor número de escovações diárias (5,35 naqueles que não escovavam nenhuma vez, 4,67 nos que escovavam uma vez, 2,33 quando a escovação era feita duas vezes, e 0,96 quando feita três vezes ao dia) (FERNANDES, 2005).

Em relação ao conhecimento sobre cárie dental e sua prevenção, 22,6% afirmaram não saber o que era, e 40,8% caracterizaram como “dente podre”. A grande maioria (61,3%) não sabia as causas da cárie dental, e dentre as causas citadas estavam: falta de higiene (14,6%), comer alimentos doces (9,5%), cigarro (8,7%) e salgadinho (4,3%). Sobre a prevenção da doença, cerca de 60% não sabia como fazer, 21% afirmou que seria

com a escovação diária, 13% acreditava ser com a escovação após as refeições, e 7% respondeu que seria com o uso de flúor. Aproximadamente 61% dos entrevistados não sabiam quais eram as consequências da cárie, 17% afirmou ser um “buraco no dente”, cerca de 14% respondeu que seria o apodrecimento do dente, e 7% disse ser a perda do dente (FERNANDES, 2005).

Silveira e Stanke (2008) realizaram uma pesquisa no município de Blumenau, Santa Catarina, cujo objetivo era descrever a condição e a representação da saúde bucal em um grupo de 15 moradores de rua que frequentavam uma instituição filantrópica. Todos os participantes passaram por um exame clínico bucal para investigar a história de doença cárie, doença periodontal, presença de lesões bucais e uso de prótese; também foram agendadas entrevistas individuais, guiadas por temas como: a auto percepção de doença e saúde bucal, relação entre a saúde bucal e a saúde em geral, barreiras encontradas para se atingir o estado de saúde bucal e a importância da saúde bucal.

Ao exame bucal, a amostra demonstrou um índice médio de CPO-D de 16,3, sendo uma média de 2,6 cariados, 10 perdidos e 4,6 obturados. A grande maioria (77%) apresentava atividade de cárie. Todos aqueles que tinham dentes presentes em boca possuíam bolsa periodontal, e 100% da amostra mostraram sangramento gengival. O índice de placa visível foi de 85%, sendo que em alguns dos examinados foi observado o índice de 100% de placa. Quanto ao uso de prótese, 45% usavam algum tipo de prótese (parcial ou total). Foram também percebidas lesões bucais, como hiperplasia na região do palato, causada pela má adaptação das próteses (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Com relação à auto percepção da doença cárie, no estudo de Silveira e Stanke (2008) 73% afirmaram já terem tido cárie dental, 20% acreditavam estar com cárie e 7% achavam que nunca tiveram. Cerca de 86% relataram já ter sentido dor de dente ou na cavidade bucal, 7% estavam com dor no momento da entrevista e 7% nunca sentiram dor. Ainda com relação a dor, foram relatadas medidas extremas para controle da dor, como extração do elemento dental por conta própria utilizando alicates, facas, fio de nylon, etc. Quando questionados sobre o que poderia melhorar sua saúde bucal, a reabilitação protética foi o fator mais citado (45%), além dos cuidados de higiene bucal assistida por um dentista (33%) e o melhor acesso ao tratamento odontológico (17%).

O estudo de Silveira e Stanke (2008) demonstrou grande associação da saúde bucal com a estética e a higiene, onde a saúde bucal era considerada relevante para um melhor

relacionamento interpessoal. Quanto as práticas de higiene bucal utilizadas no dia a dia dessa população, observou-se que o uso de fio dental é raro, sendo comumente substituído por itens como palitos, palha de vassoura ou pedaço de plástico; a escovação ocorre raramente, sendo relatada sendo feita uma vez por semana por alguns, e uma vez por mês por outros.

Dentre as dificuldades para realizar a higiene bucal, a mais encontrada é a escova dental, uma vez que é considerado pela PSR um elemento de alto custo, e quando ganham o instrumento acabam perdendo na rua. Houve relatos de indivíduos que obtém sua escova de dente da reciclagem, mas utilizam creme dental esporadicamente, pois na maioria das vezes que encontram os tubos eles já estão vazios. Outro problema mostrado no estudo é a dificuldade de ter um local adequado para realizar sua higiene, sendo relatado no estudo que alguns dos indivíduos utilizavam o Rio Itajaí Açu para realizar a higiene, não havendo também acesso a água tratada (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Também foi relatada na pesquisa a dificuldade encontrada pela PSR para ter acesso a atendimento pelo SUS, por conta da falta de endereço fixo. Tal condição não condiz com um dos princípios do SUS, a universalidade, que garante a todo e qualquer cidadão o direito de acesso à saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou características sociais. A maioria dos entrevistados relatou não ter medo de cirurgião dentista, apesar de alguns relatarem traumas em episódios de dor durante o atendimento odontológico e maus tratos pelo profissional, sendo mais comum o medo de brocas, do “motor do dentista”, da sutura e de extrações desnecessárias. Foi relatado também, o medo presente nessa população de ser recriminada pelo cirurgião dentista por conta de sua situação de saúde bucal (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Por fim, levando-se em conta os estudos apresentados aqui, nota-se uma forte presença de pessoas vivendo em situação de rua, enfrentando situações de vulnerabilidade, as quais os expõe a riscos e facilita o aparecimento de agravos em saúde geral e saúde bucal. Além disso, essa população tem dificuldade em perceber sua situação de saúde, assim como encontra barreiras de acesso à saúde. Com isso, faz-se necessário que existam estudos que visem promover ações que promovam o acesso à saúde dessa população, de forma que o princípio da equidade seja seguido em sua integralidade.

OBJETIVO

Objetivo geral

Analisar as ações de atenção à saúde bucal orientadas às pessoas em situação de rua, realizadas na atenção primária, nas três capitais do Sul do Brasil.

MÉTODO

Tipo de estudo

O tipo de estudo empregado nessa pesquisa foi de abordagem qualitativa com caráter exploratório, visando promover uma melhor familiaridade com o tema pesquisado.

Locais de realização do estudo

A pesquisa foi realizada nas três capitais da região do Sul do Brasil, sendo elas: Florianópolis, Curitiba e Porto Alegre, abordando assim, três polos de diferentes estados, onde é frequente a presença da PSR.

Participantes

Foram considerados para participação nesse estudo:

- Gestores municipais de saúde, da área da atenção primária ou do planejamento;
- Gestores municipais de saúde bucal;
- Coordenadores municipais dos CnaR;
- Profissionais dos CnaR;
- Cirurgiões dentistas das UBSs de territórios onde há grande concentração de psr.

Incluíram-se os profissionais que atuavam em seu cargo há pelo menos um ano. Não foram aplicados critérios de exclusão. Ao final, o estudo contou com um total de 16 participantes (Quadro 1), cuja caracterização apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 1. Número de participantes por profissão e por cidade estudada. Florianópolis, 2016.

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
Assistente Social	-	01	-
Cirurgião Dentista	01	03	01
Enfermeiro	01	03	02
Médico	-	01	-
Psicólogo	01	-	-
Técnico de enfermagem	-	01	-
Técnico de saúde bucal	-	-	01
Total	03	09	04

Fonte: do autor.

Quadro 2. Caracterização dos participantes por cidade, segundo idade, gênero, tempo de formação acadêmica e atuação na SMS. Florianópolis, 2016.

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
Idade mínima e máxima em anos (média)	41-53 (48,6)	28-51 (37,5)	32-44 (36,5)
Mulheres	66,6%	88,8%	100%
Tempo mínimo e máximo de formação acadêmica (média)	20-29 (26)	01-51 (13,4)	04-20 (12)
Tempo mínimo e máximo de atuação na SMS (média)	08-27 (19,6)	1-24 (8,2)	03-20 (11, 7)

Fonte: do autor.

A maioria dos participantes possuía alguma pós-graduação, entre as áreas citadas estão: saúde coletiva, saúde da família, saúde mental, gestão de saúde, educação em saúde, atenção domiciliar, dependência química, neuropsicologia, psicopatia e psicanálise.

Coletas e Análise dos dados

A pesquisa foi realizada em duas etapas:

1.1.1 Etapa 1 – Contato com os participantes:

Realizou-se contato por e-mail e/ou telefone com todos os participantes do estudo, explicando a pesquisa, seus objetivos e como funcionará a coleta de dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi enviado via e-mail para os participantes, o qual foi impresso, assinado e enviado novamente por e-mail.

1.1.2 Etapa 2 – Entrevistas

Os participantes foram convidados para colaborar com as entrevistas pessoalmente (na cidade de Florianópolis) ou por meio do uso do computador e do *Software* Skype® (nas cidades de Porto Alegre e Curitiba).

As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas, baseadas em um roteiro com questões específicas para cada cargo ocupado pelo participante (Apêndice B). Os dados foram gravados digitalmente, transcritos e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), que consiste em três momentos:

- a. Pré-análise: Fez-se a “leitura flutuante” dos dados brutos, obtendo-se as respostas textuais pertinentes ao objetivo da pesquisa. Nessa etapa surgem os indicadores/temas a serem utilizados na fase de exploração do material.
- b. Exploração do material: fase onde se transformaram os dados brutos em temas (codificação), e classificou-se os temas por semelhança ou diferenciação (categorização).
- c. Tratamento dos resultados: fez-se as inferências e interpretações sobre os dados já tratados, analisando qualitativamente os temas e as categorias.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos que compõem a Resolução CNS 466/2012. O projeto foi submetido para aprovação ao Comitê de Ética e Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o número de parecer 1.635.670 (CAEE: 52933116.2.0000.0121) (Anexo A). Em seguida, o projeto foi submetido também para aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa específico das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Curitiba e Porto Alegre, obtendo aprovação sob os respectivos números de pareceres 1.740.803 (CAEE:

52933116.2.3001.0101) (Anexo B) e 741.850 (CAEE: 21710513.8.3001.5338) (Anexo C).

Para utilização dos dados e aceitação de participação na pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual os participantes foram esclarecidos acerca dos riscos da participação, do resguardo de sua identidade, assim como objetivos e métodos do estudo, tendo acesso aos dados por ele fornecidos. Os participantes foram informados que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, sem ônus ou penalizações. A recusa ou desistência não acarretaria em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados. Assim, os participantes foram identificados com a letra P seguido do número que representa a ordem na qual a entrevista foi feita.

RESULTADOS

O estudo contou com participantes de diferentes áreas profissionais como: medicina, odontologia, enfermagem, assistência social, psicologia, técnico de enfermagem e técnico de saúde bucal, sendo a maioria (87,5%) do sexo feminino.

Após a realização da análise e categorização dos dados obtidos nas entrevistas, formularam-se três grandes categorias, que serão descritas a seguir: Atenção à saúde da PSR, Atendimento odontológico à PSR e Limitações para a consolidação da atenção à PSR.

Atenção à saúde da PSR

A entrada da PSR na atenção básica da rede municipal de saúde de Florianópolis se dá de três formas: por meio do atendimento de urgência oferecido pelas UBSs, pelo atendimento padrão de cada UBS, ou pela abordagem realizada pelo CnaR. Quando procuram por atendimento, essa população recebe-o de acordo com o modelo seguido pelo estabelecimento onde procuraram, da mesma forma que acontece para a população em geral.

“A população de rua acessa do mesmo modo que a população em geral, pelo território onde está vivendo” P1

“Fazendo o uso transitório de atendimento de urgência” P2

“A mesma forma de acesso garantido a qualquer morador. Ele pode ir ao Centro de Saúde (CS) e solicitar atendimento, e então a equipe vai verificar como ocorre o acesso naquele CS, e ele vai ter acesso conforme a população em geral” P3

“O CnaR também é uma porta de entrada, porque a gente circula a cidade como um todo” P1

Em Porto Alegre, a PSR também tem acesso em qualquer UBS, mas frequentemente procuram o CnaR, o qual tem uma base física para atendimento em um prédio no centro da cidade, estabelecida após solicitações feitas pelo Movimento da População de Rua da cidade, a qual encontrava dificuldades em acessar pelas UBSs.

“(…) os pacientes do CnR tem acesso a qualquer unidade que eles desejam, mas devido a vulnerabilidade desses usuário, eles acabam se vinculando mais ao CnaR.” P9

“(...) a gente tem uma base, que foi criada a partir da solicitação do Movimento da PSR.” P9

Em Curitiba, o acesso é garantido em qualquer serviço de saúde, estando mais vinculado ao CnaR por conta da abordagem realizada, no qual os profissionais fazem um primeiro contato, buscando a criação de vínculo e confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, para que a partir disso sejam realizados os atendimentos necessários.

Nota-se que há a intenção de que a PSR crie vínculo com a UBS mais próxima do território onde estão vivendo, visto que devem ser considerados cidadãos com os mesmos direitos dos demais usuários do sistema.

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

No município de Porto Alegre, o cadastro dessa população é realizado no sistema e-SUS, respeitando as especificidades da PSR, sem a exigência de documentação ou comprovação de residência. Em Florianópolis, o cadastro é realizado no sistema de informação InfoSaúde sem a necessidade de apresentação de um comprovante de residência. O sistema de informação permite que seja selecionada uma opção “morador de rua”, a qual preenche o cadastro do usuário automaticamente, vinculando seu endereço ao do Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro-Pop). A seleção e remoção dessa seleção só pode ser feita pela UBS Prainha, e por conta disso, ao realizar o cadastro de um novo morador de rua no InfoSaúde, a unidade deve entrar em contato com a UBS Prainha e solicitar que essa opção seja marcada no prontuário. Na capital paranaense, o cadastro da PSR também é realizado, respeitando sua condição, sendo o cadastro feito mesmo sem documentação de identificação.

“Ele fica na área 014 com o endereço do Centro-Pop. Existe um ícone específico no sistema que é “morador da rua”. P4

“(...)existe um ícone dentro do Info, que é o ícone de morador de rua, que quando selecionado, ele seleciona o endereço do Centro-Pop, o cadastro se monta, e só quem consegue selecionar e remover a seleção é o CS Prainha, mas a orientação é que as unidades façam contato telefônico e peçam que seja selecionado esse ícone.” P1

Não há um protocolo específico de atendimento à PSR, a qual recebe atendimento da mesma forma que a população em geral, uma vez que é contemplada pelos protocolos já existentes, não havendo distinção nas ações voltadas a eles.

Quando cadastrados no sistema, a PSR tem direito a qualquer serviço, incluindo atendimentos médico, odontológico e marcação de exames. Em Florianópolis, não há atendimento diferenciado voltado a esta população, e eles devem buscar por atendimento nos dias estipulados para marcação em cada UBS. Procura-se que eles busquem atendimento na UBS inserida no território onde estão vivendo, para que se crie um vínculo dessa população com os profissionais do território. Apesar da tentativa de aproximar a PSR da UBS do território onde estão vivendo, afirma-se que a PSR tem acesso garantido em qualquer unidade do município de Florianópolis. Em Porto Alegre e Curitiba também se procura que o acesso se dê pelas UBSs, porém a porta de entrada e o atendimento ainda está muito vinculado ao CnaR. Em ambas as cidades, relata-se a presença de um grande número de pessoas vivendo na rua na área central das cidades e, por conta da proximidade, acabam tendo como porta de entrada a base do CnaR.

“Protocolo propriamente dito não, ele é atendido como qualquer outro cidadão do município.” P2

“O sistema está programado pra isso, para que ele possa ter acesso. Chama-se pelo nome, vai ter um código informando que é morador de rua, não vai ter um endereço específico vinculado a ele, mas ele pode ter atendimento.” P3

Com a criação da Política Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, em 2012, houve a implementação do CnaR em Florianópolis, que está lotado na UBS Prainha. O equipamento se manteve ativo desde então, porém, se descredenciou algumas vezes do Ministério da Saúde por falta de recursos humanos suficientes para formar a equipe. Atualmente a equipe do CnaR é formada por: médico, enfermeiro, psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assistente social, técnico de enfermagem, e motorista. A UBS Prainha se tornou referência para atendimento da PSR por conta da sua proximidade com o Centro-Pop, que se localiza na Passarela Nego Querido.

Em Curitiba, tem-se quatro eCRs, formadas por médicos, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal (TSB) e motoristas.

O município de Porto Alegre conta com dois CnaR, um lotado no Distrito Centro e outro no Distrito Norte Eixo Baltazar. A eCR lotada no Centro é composta por:

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, TSB, agente comunitário e um motorista, todos com carga horária semanal de 40h.

“Uma médica 40h, uma assistente social 40h, uma psicóloga que se divide com o NASF, então fica em torno de 30h no CnaR, duas enfermeiras 40h, uma técnica de enfermagem 40h e outra de 30h, um motorista 30h. Nós só temos carro 6h por dia.” P1

O CnaR em Florianópolis, tem como território de abrangência todo o município. Atua circulando pela cidade e fazendo abordagem da PSR, fazendo a escuta dessa população e buscando situações que necessitem de atendimento. A demanda chega ao CnaR das seguintes formas: buscas ativas solicitadas por qualquer serviço de saúde, livre demanda quando estão percorrendo o território, pela UBS Prainha. O objetivo desse instrumento é articular a PSR à saúde em um local físico, fazendo com que a pessoa em situação de rua fique vinculada a uma UBS, facilitando o seu acesso aos atendimentos. Além disso, o CnaR atua fazendo o transporte dos usuários, levando-os as unidades para realizar marcação e atendimentos. A equipe do CnaR faz também atendimentos curativos, além de ações de redução de danos relacionadas a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e uso de drogas.

“Nosso papel maior seria fazer o elo entre Saúde num espaço físico com essa população, e fazer muito mais no território uma questão e redução de danos, questões mais de atenção de prevenção.” P1

Na cidade de Porto Alegre, a equipe do CnaR se divide, uma parte sai para abordagem na rua, enquanto os outros permanecem no local de base para realizar os atendimentos. Trabalha-se com demanda espontânea, não necessitando de agendamento prévio, sendo que todos os usuários que buscam atendimento na base do CnaR são acolhidos, e a partir disso são feitos os atendimentos e encaminhamentos para os setores de referência. Quando em abordagem na rua, realiza-se procedimentos curativos, além de ações de redução de danos, focando nas DSTs, ofertando testes rápidos nos locais onde essa população está. Realizam-se ações de prevenção, promoção, diagnóstico e encaminhamento para tratamento. O automóvel disponibilizado também é usado para atendimentos mais reservados.

“Geralmente a gente faz na rua mesmo, curativos, remoção de pontos, teste rápido. As vezes usamos a Kombi para algum procedimento mais reservado, senão a gente acaba fazendo ali no local mesmo.” P10

As eCRs de Curitiba são divididas em territórios apenas para facilitar o processo de trabalho, pois todas são responsáveis por todo o território do município, não havendo

na prática essa divisão territorial. A eCR conta com um trailer, que funciona como uma UBS móvel, na qual são realizados desde procedimentos curativos, até os testes rápidos para DSTs.

Em Florianópolis, busca-se, por meio do CnaR, sensibilizar as demais equipes de saúde quanto ao atendimento da PSR, levando em conta as características diferenciadas e as vulnerabilidades enfrentadas por essa população. Há entendimento que o atendimento da PSR não deve ficar centralizado no CnaR, mas que esse equipamento atua facilitando a chegada dessas pessoas em situação de rua às UBS para atendimento. Com a implementação do CnaR no município, notou-se um aumento nos atendimentos dessa população, tanto médicos, quanto odontológicos.

Na capital gaúcha, notou-se dificuldade no acolhimento dessa população dentro das UBSs, e partir disso, juntamente com a solicitação da própria PSR, criou-se a base de atendimento do CnaR, que acaba sendo a principal porta de entrada para essa população. Entretanto, procura-se que haja sensibilização de todos os profissionais da rede municipal de saúde, para que o acolhimento e atendimento ocorra em todos os estabelecimentos. Em Curitiba, o CnaR confere atendimento à PSR, mas como nas outras cidades, busca-se sensibilizar as UBSs para que esse atendimento ocorra também nesses locais.

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

Em Florianópolis, sente-se falta de uma capacitação voltada aos profissionais que trabalham com essa população, assim como ações voltadas aos profissionais, levando em conta as demandas que são trabalhadas com essa população e a sobrecarga psicológica. Enquanto em Porto Alegre, relata-se que os profissionais passam por educações permanentes, além de se acreditar que o convívio com a PSR estimula o desenvolvimento de uma abordagem diferenciada. Aqueles profissionais que não se adaptam, acabam saindo do cargo. O próprio CnaR promove apresentações para as equipes da atenção básica, para que haja uma sensibilização dos profissionais. Em Curitiba, os profissionais que atuam no CnaR trabalham no equipamento por interesse próprio, tendo realizado um concurso específico. Previamente ao início das atividades do CnaR em Curitiba, os profissionais passaram por uma capacitação de 20 dias antes de iniciar o trabalho, e continuam desde então participando de formações e cursos que

abordam o atendimento da PSR, além de promoverem apresentações aos profissionais de rede. São oferecidas aos profissionais do CnaR de Curitiba ações nomeadas “Cuidando do cuidador”, nas quais são realizadas atividades voltadas a melhor qualidade de vida dos profissionais.

“Uma coisa que a gente sente falta enquanto equipe, é um trabalho diferente com a nossa equipe, de suporte psicológico. De fazer um grupo com os profissionais para a gente trabalhar isso, porque a gente trabalha com demandas que são bem complicadas, uma população que é bem complicada, e a gente acaba ficando com uma sobrecarga psicológica bem forte, o cansaço muitas vezes é muito mais psicológico do que físico (...).” P1

“Está se iniciando o processo de trabalhar junto com as equipes, e fazer com que eles entendam a importância de atender esse paciente.” P9

Por possuir apenas um CnaR em Florianópolis, muitas vezes a equipe se depara com dúvidas em relação ao manejo e conduta, já que não há outro parâmetro dentro do município. O CnaR tem contato com outros CnaR do Sul, assim como do estado de SC, porém, deve-se considerar que as realidades mudam de acordo com cada município, e a forma de abordagem também muda.

Existe uma boa articulação entre os profissionais do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de Florianópolis e Curitiba, voltado a atender as demandas da PSR, fazendo um bom trabalho intersetorial. Tem-se comunicação e troca de casos entre as redes, para que haja uma atenção integral da psr, buscando resolver todas as suas demandas. Em Porto Alegre, essa articulação também é relatada, onde são realizadas abordagens em conjunto. Fazem-se os encaminhamentos necessários dentro das redes e estabelecem-se os planos terapêuticos a partir de discussões de casos.

“Eu acho que Florianópolis tem uma política bem avançada nesse aspecto. Tem equipe de Consultório na Rua, abordagem de rua; essas equipes são articuladas, a assistência social e a saúde mantém contato, fazem acompanhamento de casos.” P5

Em Florianópolis, considera-se que a PSR tem acesso à saúde, pois as UBSs estão de portas abertas para atendimento dessa população. Não relatam haver distinção no modo de acesso dessa população. Uma vez que procuram atendimento, relata-se que eles são atendidos como qualquer cidadão. Existe a disponibilização de vagas de atendimento médico no UBS Prainha específicas para a PSR; esses atendimentos são disponibilizados quando o indivíduo em situação de rua necessita de atendimento, porém não houve

adaptação na forma de marcação de consulta da UBS mais próxima, e havendo essas vagas disponíveis, o CnaR faz a articulação entre o paciente e a unidade Prainha.

Tem-se percepção semelhante em Porto Alegre, o acesso tem sido oferecido, porém ainda de forma limitada, uma vez que o método mais comum de entrada dessa população se dá através das eCRs, considerando-se duas delas insuficientes para atender toda a PSR. Em Curitiba, nota-se que essa população tem acessado os serviços de saúde e a equipe considera este padrão de acesso muito próximo ao que a população em geral possui.

“O acesso dessa população tem sido muito bom. Acredito que esse acesso se aproxime muito ao acesso que a população em geral recebe.” P12

Atendimento odontológico à PSR

Em Florianópolis, o atendimento odontológico da PSR funciona de forma semelhante ao atendimento à saúde em geral. A PSR pode ter acesso por meio dos atendimentos de urgência oferecidos pelas UBS ou pelas vagas de marcação de cada unidade. Tem-se que em geral, a procura por atendimento odontológico ocorre em situações de urgência, no momento no qual o indivíduo sente dor, acabando por se dar atendimentos mais pontuais, não havendo grande adesão ao atendimento continuado. Ao contrário do que acontece para o atendimento médico, não há vagas de atendimento odontológico disponibilizadas especificamente para a PSR, fato que afeta a entrada dessa população na rede de saúde bucal, uma vez que competem por vagas de atendimento junto da população em geral, e levando em conta a sua realidade diferenciada, torna-se difícil conseguir essas vagas.

“Então a gente, por exemplo, não tinha médico, mas tinha tantas vagas liberadas no CS Prainha, que é referência para a PSR (...) a gente nunca teve abertura na agenda de dentista nenhum.” P1

Na cidade de Porto Alegre, são reservadas vagas semanais de atendimento específicas para essa população. O atendimento odontológico ocorre dentro da UBS, sendo realizado pelos CDs da unidade, não havendo um profissional responsável apenas pela PSR. Optou-se por essa forma de oferta, pois através dos atendimentos convencionais nas UBS, notava-se que as pessoas em situação de rua acabavam não comparecendo as consultas agendadas. Na falta de vagas para atendimento, faz-se o

encaminhamento para o Pronto Atendimento, onde faz-se também atendimento odontológico de urgência. Além das consultas ofertadas, há também a presença da TSB na eCR, que durante a abordagem itinerante na rua, faz ações de orientações de higiene e distribuição de kits para higiene bucal, com escovas de dentes, cremes dentais e fios dentais, além de realizar uma avaliação das necessidades dos usuários, fazendo o encaminhamento para atendimento na UBS, para uma avaliação clínica mais precisa. A TSB participa também dos atendimentos realizados pelos CDs nas UBS e fica responsável por realizar os encaminhamentos necessários, seja para exames, como raios-x, ou referências para outros níveis de atendimento, como o CEO.

No município de Curitiba, o atendimento odontológico à PSR pode acontecer tanto pelos CDs das UBSs, ou pelos do CnaR, sendo pactuado juntamente com o usuário a melhor opção para ele. Os CDs do CnaR fazem a abordagem dos usuários na rua, buscando criar vínculo e confiança, para que a partir disso seja planejado o tratamento em conjunto com o usuário. Os atendimentos realizados pelos profissionais do CnaR são feitos em UBSs de referência, em dias e horários específicos, utilizando todos os turnos do dia, inclusive a noite. Esses atendimentos acontecem por livre demanda e também por consultas agendadas. Em alguns casos, o usuário já possui vínculo com uma UBS, mas prefere ser atendido pelos CDs do CnaR e, então, esse atendimento é realizado por eles, na UBS de referência do usuário. Além disso, os atendimentos também podem ser realizados nas UBS mais próximas de onde está sendo realizada a abordagem. Além do atendimento, os CDs realizam ações de orientação de higiene bucal, assim como participam de atividades multidisciplinares, como a realização dos testes rápidos e até mesmo o laudo desses testes.

“Eles vem pra consultar nos dias específicos para atendimento odontológico.”
P11

Afirmou-se que a procura pelo atendimento odontológico, em Florianópolis, por parte da PSR é grande. Acredita-se que as demandas por atendimento odontológico sejam uma das mais maiores para a PSR, perdendo apenas para as questões relacionadas a DSTs. O CnaR procura fazer a abordagem integral do paciente, investigando todas as questões relacionadas a saúde da PSR, incluindo-se a saúde bucal, e quando necessário, fazendo o vínculo desses pacientes com as UBSs mais próximas de onde estão vivendo. Porém, é relatada dificuldade dessa população em aderir ao método de atendimento das unidades, uma vez que na grande maioria, para conseguir tratamento contínuo necessitam aguardar

em filas para conseguir uma vaga, e por conta de sua situação de vulnerabilidade, acabam por não esperar pela vaga, ou quando conseguem perdem as datas das consultas. O CnaR vem tentando auxiliar essa população, para que uma vez adquirida a vaga para tratamento odontológico, não a percam.

“Acho que tirando DSTs, acho que é a segunda questão que a gente sente o desejo deles.” P1

“A gente as vezes até perde esse acesso. Por exemplo, a gente teve uma paciente que tinha que levar para exame, a gente chegou para leva-la e ela disse que queria na verdade era dentista, e sem a vaga do dentista optou por não fazer o exame.” P6

“A gente pergunta como está a saúde, e eles afirmam estar tudo bem. Quando você fala da odontologia, eles logo afirmam que precisam. Hoje eles próprios já procuram o CnaR em busca do atendimento odontológico.” P12

A demanda por atendimento odontológico em Porto Alegre também é bastante considerável, havendo grande procura por parte da PSR, assim como em Curitiba, onde essa demanda é uma das maiores.

O CnaR de Florianópolis não conta com nenhum profissional de saúde bucal, fato que dificulta a abordagem de saúde bucal por essa equipe. Busca-se fazer uma escuta qualificada e, ao encontrar a demanda odontológica, tenta-se vincular a pessoa em situação de rua a uma ESB de alguma UBS. Em relação à promoção e prevenção de saúde bucal, nota-se grande dificuldade, pela falta de um profissional com maior conhecimento para abordar a temática. Acredita-se que os locais frequentados por essa população poderiam ser utilizados para ações de educação em saúde, envolvendo diversas temáticas, inclusive orientações de higiene bucal. As UBSs contam com insumos para distribuição, como escovas de dente, creme dental e fio dental, os quais são ofertados quando solicitados.

Dentre os procedimentos odontológicos mais executados em atendimentos da PSR, destacam-se: exodontias, curativos endodônticos, tratamento de lesões de cárie e profilaxias. Percebe-se que a busca pelo atendimento de saúde bucal acontece após a doença estar instalada para tratamentos curativos, o que mostra ausência de cuidados de saúde bucal por parte dessa população, por conta das diversas demandas e vulnerabilidades encaradas diariamente, além da falta e dificuldade de ações de promoção e prevenção de saúde bucal. Em Florianópolis e Porto Alegre, nota-se a dificuldade de ter acesso a reabilitação protética após os procedimentos de exodontia, enquanto em Curitiba, esse procedimento tem sido realizado pelos próprios CDs do CnaR.

“(...) acho que a demanda da população de rua é tão grande, que a saúde bucal acaba sendo esquecida.” P7

“Curitiba tem o CEO que disponibiliza prótese total, mas a fila era muito grande, e então nós do CnaR decidimos disponibilizar as próteses.” P12

Acredita-se que para um melhor acesso a saúde bucal dessa população seria importante a presença de um profissional de saúde bucal na equipe do CnaR, para que fosse possível abordar as demandas odontológicas mais específicas e com maior cuidado. A presença de uma TSB na eCR de Porto Alegre já mostra uma melhor abordagem das questões de saúde bucal com a PSR, sendo possível promover ações de prevenção e promoção e saúde bucal, porém ainda se sente falta de um CD na equipe para realizar o atendimento clínico dessas pessoas, aumentando o número de vagas disponíveis. Em Curitiba, a presença do CD na eCR tem facilitado o acesso dessa população ao atendimento odontológico.

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

“Seria ótimo um dentista na eCR, porque seria um atendimento só para eles, seria possível uma agenda com mais dias e horários.” P11

Limitações para a consolidação da atenção à PSR

A rede de atenção à PSR enfrenta diversas limitações para proporcionar acesso pleno a essa população. As dificuldades iniciam quando não se tem um censo periódico que indique o número de pessoas vivendo em situação de rua nos municípios. Além disso, faz-se necessário levantar com a população suas demandas, para que ações voltadas para suas maiores necessidades sejam criadas. A falta de dados consistentes relacionados a essa população dificulta a implementação de ações voltadas a ela. Faz-se necessário conhecer a percepção dessas pessoas sobre sua condição de saúde, e do direito ao acesso, uma vez que, frente as diversas vulnerabilidades com que se deparam diariamente, acabam deixando suas questões de saúde de lado.

“(...)será que esse morador busca esse serviço? Qual a perspectiva de busca de serviço, se ele já está em uma situação vulnerável, será que ele vai ter esse estímulo de buscar o atendimento?” P8

Sente-se falta de uma rede melhor organizada para atender essa população, com profissionais preparados para recebê-los em qualquer unidade de saúde, sem a necessidade de atendimentos exclusivos pelo CnaR ou de encaminhamentos compulsórios para esse instrumento. É importante que se consiga aplicar o máximo possível as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde para PSR.

Existe a necessidade de otimizar o trabalho realizado pelo CnaR, que em alguns momentos deixa de atuar com ações de redução de danos e prevenção, para que atue fazendo procedimentos curativos ou transportando os pacientes para um local físico para realizar tais procedimentos. É importante que o automóvel/veículo utilizado pela equipe de CnaR seja adequado, que permita uma escuta individual de qualidade, e que muitas vezes impede até mesmo os procedimentos curativos. Além disso, faz-se necessário a presença de motoristas para esse carro durante todo o período de atuação da equipe,

“Por assumir essa demanda de realizar os procedimentos clínicos, de tentar dar conta desses pacientes que não chegam ao CS de referência, acaba que essa proposta da redução de danos e prevenção, acaba que não consegue dar conta por conta disso.” P3

Nota-se também a necessidade da presença de um profissional de saúde bucal para abordar essas questões com a PSR. É necessário também, existir capacitações e formações sobre atendimento às psr, para que todos os profissionais estejam preparados para receber essa população, não havendo necessidade de encaminhar para equipamentos específicos, como o CnaR. Deve-se buscar uma sensibilização a nível nacional, para que o acesso a essa população seja garantido em todos os pontos de atenção e diferentes níveis do sistema.

DISCUSSÃO

A PSR vive em condições de precariedade, privação e invisibilidade de direitos, situação muitas vezes reforçada pela falta de documentação, que dificulta o acesso a benefícios sociais garantidos pelos Estado. Além disso, são considerados “incômodos” ao restante da população, sendo alvo de operações que não visam o cuidado da PSR, mas sim a revitalização de espaços urbanos ocupados por eles (HALLAIS; BARROS, 2015). Levando em conta as situações adversas as quais a PSR está submetida, o estudo de Ford, Cramp e Farah (2014) reportou que a qualidade de vida da PSR foi significativamente menor do que a população em geral, em relação à saúde física e psicológica, relacionamentos sociais e fatores do ambiente.

Especificamente, o acesso aos serviços de saúde é diretamente influenciado pelas condições de vida as quais a PSR está submetida. O levantamento realizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2008, identificou cerca de 31.922 pessoas vivendo em calçadas, praças, rodovias e similares, ou pernoitando em instituições, sendo que aproximadamente 70% dessas pessoas viviam exclusivamente nas ruas, estando expostas a condições insalubres, sujeitas a violência ou ainda sob ação contínua de álcool e outras drogas, além de estarem constantemente submetidas a situações de discriminação. Portanto, esse contexto dificulta o acesso aos serviços de saúde, agravado pelo fato de que, ao tentar receber atendimento na rede de saúde, a PSR sofre discriminação (BRASIL, 2008).

Varanda e Adorno (2004) afirmam que a PSR passa por um processo de internalização das situações que enfrentam, o que interfere na forma de lidar com questões relacionadas à saúde e dificulta a forma de se relacionar com os profissionais de saúde. Outro ponto a ser considerado é a percepção de saúde dessa população e qual a importância dada por eles aos cuidados que necessitam, quando estão expostos diariamente a diversas situações de vulnerabilidade. Os dados apresentados neste estudo reafirmam a importância de se conhecer a auto percepção de saúde pois, ao ter que enfrentar essas situações, as questões relacionadas à manutenção e/ou recuperação da sua saúde acabam tendo menor valor.

Os achados do presente estudo corroboram com Costa (2005) que reporta o despreparo dos serviços de saúde para realizar o acolhimento dessa população, ainda estando presente atitudes de preconceito e discriminação, retratados por negativas de atendimento por receio de contaminação, exigência de acompanhantes para serem atendidos e exigência de que as pessoas tomem banho para que sejam atendidas. Os participantes também relataram a falta de preparo dos profissionais, em geral, para cuidar dessa população, uma vez que não recebem nenhum tipo de capacitação específica na sua formação, ou durante o período de trabalho na rede. Também foi mencionada a ausência de ações voltadas aos profissionais que trabalham diretamente com a PSR, os quais muitas vezes acabam ficando psicologicamente sobrecarregados pelas demandas trazidas pela PSR, visto que esta possui questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais (BRASIL, 2012).

É importante que, para atender essa população, os profissionais estejam capacitados a receber as suas demandas e atentos aos determinantes de saúde relacionados à vida na rua. A PSR está sujeita a diversas situações que afetam sua condição de saúde, dentre elas estão: violências, alimentação incerta e em baixas condições de higiene, água de baixa qualidade e pouco disponível, privação de sono, privação de afeição, variações climáticas, vergonha, além da cobertura limitada pelas equipes de saúde e a falta de tempo da PSR para procurar atendimento (BRASIL, 2012). Assim, considera-se um grande desafio efetivar políticas de saúde que consigam superar as diversas vulnerabilidades enfrentadas por essa população (BRASIL, 2012). Segundo Hallais e Barros (2015), é necessário dar hipervisibilidade a PSR, desenvolvendo um acolhimento que promova uma relação de troca entre o usuário e o profissional de saúde, reconhecendo o usuário como protagonista do processo saúde-doença, buscando dar respostas as suas necessidades, respeitando suas singularidades e vontades.

Os resultados deste estudo confirmam que a porta de entrada da PSR na rede de saúde se dá pelos serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas não cuidadas, acabam se tornando quadros agudos (BRASIL, 2012). Da mesma forma, o estudo de Barata e colaboradores (2015) mostrou que a PSR quando doente, procura preferencialmente a Unidades Básicas de Saúde, fato que confirma a necessidade dos profissionais da atenção básica estarem aptos a receber essa população. Os agravos

clínicos mais frequentes que a PSR enfrenta são: problemas nos pés, infestações, tuberculose, DSTs e HIV/AIDS, abuso de álcool e outras drogas, bem como má condição de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Os participantes deste estudo reportaram que tem se conseguido assegurar uma boa articulação entre o SUS e o SUAS, como objetivado pela Política Nacional para a População em Situação de Rua, que preconiza o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda, havendo um compartilhamento de casos entre as redes, que abordam o sujeito em situação de rua como um todo. A atenção à saúde é ofertada por meio da atuação do CnaR, mas também se disponibiliza local para realizar higiene pessoal e acesso a alimentação, cultura, lazer, esporte, trabalho e renda, como os serviços ofertados pelo Centro-Pop. (BRASIL, 2014). Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que a coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação, integrando todos os serviços de saúde e também de outros setores, que se organizam em uma rede de atenção, procurando prestar assistência integral e contínua à PSR.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual define que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada da população à Rede de Atenção à Saúde, sendo orientada pelos princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, cuidado continuado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. O CnaR faz parte da atenção básica, atuando como uma equipe para uma população específica, a PSR, buscando facilitar o acesso dessa população à saúde. Este deve atuar de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das unidades do território. O presente estudo relata que as eCRs atuam como preconizado, tanto *in loco* quanto realizando atendimentos em instalações específicas do CnaR ou fazendo uso das instalações das UBSs, e em alguns casos, quando possível, faz-se uso do automóvel disponibilizado. Após a implementação do CnaR, os profissionais das UBSs relataram um aumento da procura por atendimento por parte da PSR, porém, ainda muito vinculado a esse equipamento, quando o acesso deveria ser proporcionado integralmente pelas UBSs, havendo responsabilização do cuidado, e tendo o CnaR como instrumento de ligação entre a PSR e as UBSs, buscando criar vínculo entre eles, uma vez que essas pessoas são cidadãos de direito à saúde.

Engstrom e Teixeira (2016) relataram que uma das primeiras atividades da eCR seria a abordagem na rua, fazendo visitas aos locais frequentados pela PSR. A partir disso, inicia-se uma abordagem gradual da equipe, mostrando-se acessível. O CnaR atua de forma a inserir esses usuários na rede de cuidado, funcionando muitas vezes como porta de entrada no sistema. O profissional que trabalha nesse instrumento precisa desenvolver a habilidade de ouvir sem julgamentos, fazendo um acolhimento humanizado, respeitando a autonomia dos sujeitos. Os resultados apresentados aqui revelam que o CnaR busca trabalhar na rua com questões de redução de danos, tentando vincular essa população as UBSs mais próximos para que então, realizem o tratamento continuado nesses estabelecimentos.

Nessa linha, segue o trabalho de Silva, Cruz e Vargas (2015), que descreve o CnaR como uma estratégia de estabelecimento de elo entre o serviço de saúde e a PSR, assim como o trabalho aqui apresentado, no qual os participantes afirmaram que as ações na rua também são focadas na redução e danos. Porém, existe grande demanda de procedimentos clínicos curativos a serem realizados e, grande parte do tempo, as eCRs estão ocupadas com esses procedimentos, seja realizando-os ou fazendo o transporte da PSR até as UBSs para que tais procedimentos sejam realizados. Além disso, o CnaR participa também de reuniões das ESFs para planejamentos e discussões de casos, buscando a atenção integral à saúde, resolutividade das ações e a gestão do cuidado.

Diversos estudos mostram que as condições de saúde bucal da PSR costumam ser precárias, como nos trabalhos de Van Hout e Hearne (2014), Pereira; Oliveira e Lunet (2014) e Figueiredo; Hwang e Quiñonez (2012).

A pesquisa de Silveira e Stanke (2008) feita em Blumenau, Santa Catarina, revelou que os hábitos de higiene bucal entre a PSR costumam ser negligenciados, visto que a escovação dental ocorre raramente entre essa população. Essa dificuldade em manter uma rotina de higiene bucal está vinculada à obtenção de uma escova dental, uma vez que é considerada um item de alto custo pela PSR, e quando adquirem-na, muitas vindas de reciclagem, acabam perdendo.

No estudo de Ford, Cramb e Farah (2014) todas as pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa tinham pelo menos uma necessidade odontológica, dentre elas tratamentos restauradores, tratamento periodontal, extrações e reabilitações protéticas. Figueiredo, Hwang e Quiñonez (2012), corroborando com o encontrado no presente

estudo. Esses mesmos pesquisadores mostraram também dificuldade na percepção da necessidade de tratamento odontológico por parte da PSR, uma vez que a média do índice CPO-D da PSR participante do estudo era de 14,4, e cerca de 20% acreditava não necessitar de nenhum tipo de tratamento odontológico, quando na verdade apenas 3% realmente não precisava, fato que vai de encontro com o afirmado nesta pesquisa, na qual os participantes afirmaram não se conhecer a percepção de saúde dessa população.

Diante disso, aponta-se a necessidade de qualificar a atenção à saúde bucal da PSR. Deve-se levar em conta que o Manual do Cuidado da PSR traz a questão da saúde bucal como uma das prioridades dessa população, e fala da necessidade de existir uma postura de compreensão e apoio, para que seja possível o acesso aos cuidados necessários. O profissional de saúde bucal deve estar preparado para enfrentar as dificuldades intrínsecas do atendimento a PSR, como o atendimento ao usuário sob efeito de álcool ou outras drogas, más condições de higiene bucal, dificuldade de comparecer a consulta, imediatismo na resolução de seus problemas e/ou abandono do tratamento. O atendimento odontológico vai além da assistência e, como relatado neste estudo, a PSR tem o desejo de cuidar de sua saúde bucal, exigindo dos profissionais do CnaR esse atendimento. Quando não o conseguem, chegando a negar outro tipo de atendimento até que consigam sua consulta com o cirurgião-dentista. Além disso, foi relatado que o tratamento odontológico auxilia na construção de vínculo entre o morador de rua e o profissional de saúde, por meio do qual o CD consegue, durante o acolhimento, obter informações relevantes para o plano terapêutico do usuário (BRASIL, 2012).

As ações de saúde bucal devem ser voltadas a solucionar os principais problemas da PSR. Dentre as principais demandas citadas nesse estudo estão as extrações, curativos endodônticos, tratamentos de lesões cariosas e profilaxias. Como citado também por Figueiredo; Hwang; Quiñonez (2012), uma das grandes necessidades das pessoas em situação de rua está em realizar a reabilitação protética. Tal fato levanta a questão presente na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que traz como fator a ser implementado para ampliação e qualificação da atenção básica, a inclusão de reabilitações protéticas na AB. Quando não for possível essa implementação, deve-se buscar que exista a referência adequada para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A PNSB visa a ampliação do acesso por meio da inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, havendo orientações específicas

voltadas a diferentes grupos, como de crianças e adolescentes, gestantes, adultos e idosos, levando em consideração as características de cada grupo. Deve-se levantar a necessidade da inclusão de orientações específicas voltadas à PSR, considerando a precária condição de saúde bucal relatada na literatura, e suas características específicas que dificultam seu acesso ao atendimento odontológico. Além disso, é de grande importância uma boa articulação entre as ESBs e as eCRs, tendo um profissional de saúde bucal dentro do CnaR para realizar a avaliação, diagnóstico e fazer o elo entre os serviços de saúde (BRASIL, 2012). Como também relatado pelos participantes, nesse estudo, existe a possibilidade de ações de educação em saúde em locais frequentados por essa população, onde poderia se levantar questões de saúde bucal, além de distribuição frequente e periódica de insumos, como escovas de dente, pastas de dente e fio dental.

Levando em conta o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da PSR (BRASIL, 2014), proposto em 2012, o presente estudo mostra que já está sendo colocado em prática alguns itens dos cinco eixos do referido plano. Tem-se a inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde, com a implementação dos CnaRs, bem como ocorrem ações de promoção e vigilância em saúde, por meio de busca ativa e controle de incidência de doenças e outros agravos. Porém, outros itens ainda precisam ser reforçados, como a educação permanente em saúde na abordagem da Saúde da PSR, necessitando de uma melhor qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica, iniciando desde a inclusão de questões relacionadas à PSR na formação acadêmica, para que assim haja profissionais capacitados para melhor atender essa população. Além do estímulo a pesquisas com foco nas prioridades da PSR, realização de censos periódicos para conhecimento do número aproximado de pessoas vivendo em situação de rua, e a inclusão dessa população em censos oficiais, como o que é esperado no Censo do IBGE de 2020. Faz-se também importante a elaboração de materiais informativos às psr a respeito do funcionamento do SUS e das redes de atenção à saúde, o fortalecimento da participação e do controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o trabalho aqui apresentado, podemos apontar algumas conclusões a partir das análises dos resultados obtidos:

- A PNPSR, instituída em 2009, quando implementada, pode possibilitar o acesso à saúde da PSR.

- As UBS devem funcionar com porta de entrada para receber essa população, porém, sente-se falta da sensibilização dos profissionais para melhor recebê-la.

- Apesar de se preconizar o livre acesso nas UBSs, a principal porta de entrada dessa população se dá pelo CnaR, por conta da sua forma específica de abordagem.

- Sente-se a necessidade de conhecer melhor essa população, desde seu quantitativo às demandas e auto percepção de saúde.

- Relata-se haver uma grande demanda por atendimento odontológico por parte da PSR, sendo ela inclusive uma das maiores, quando comparada às demais.

- A procura pelo atendimento odontológico normalmente se dá quando já se tem o agravo instalado, frequentemente associado à dor.

- Percebe-se que a presença de profissionais de saúde bucal nas eCRs facilita o acesso dessa população ao atendimento odontológico.

A partir disso, podemos propor e defender ações que visem ultrapassar as limitações encontradas para consolidar a atenção à saúde da PSR, no SUS:

- Instituição de censos oficiais da PSR e coleta de dados epidemiológicos pertinentes.

- Preconizar a presença de um profissional de saúde bucal nas eCRs, para que seja realizada uma abordagem mais específica e cuidadosa.

- Oferta de capacitações aos profissionais e formação permanente da rede de atenção, abordando a atenção à PSR, buscando sensibilizar a todos para as especificidades deste grupo populacional.

- Incorporação da temática nos cursos técnicos e graduação, para melhor formação de profissionais, para que estejam preparados a acolher e atender essa população.
- Utilizar os locais de concentração da PSR para ações de promoção, prevenção e educação em saúde.
- Promover ações intersetoriais para maior aproximação da saúde com outras áreas, especialmente, da assistência social.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, p.219-232, jun. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Brasil: Edições 70. 2011.

BELO HORIZONTE. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. **Direitos do Morador de Rua: um guia na luta pela dignidade e cidadania**. Belo Horizonte, 2010.

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, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013a. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das**

iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 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. Disponível em: <http://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_da_Pop_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_2012-2015.pdf> Acesso em: 20 ago. 2016.

COLES, Emma; FREEMAN, Ruth. Exploring the oral health experiences of homeless people: a deconstruction-reconstruction formulation. **Community Dent Oral Epidemiol**, [s.l.], v. 44, n. 1, p.53-63, 23 Jul. 2015. Wiley-Blackwell.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº 4, dez. 2005

DATASUS – CNES – **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: setembro 2014

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1839-1848, jun. 2016.

FERNANDES, José Rodrigues. Prevalência da Cárie Dental em Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, no Município de São Paulo. 2005. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005

FERREIRA, F.P.M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005.** Belo Horizonte, 2005.

FIGUEIREDO, Rafael L. F.; HWANG, Stephen W.; QUIÑONEZ, Carlos. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. **Journal Of Public Health Dentistry**, [s.l.], v. 73, n. 1, p.74-78, 13 ago. 2012.

FORD, Pj; CRAMB, S; FARAH, Cs. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. **Australian Dental Journal**, [s.l.], v. 59, n. 2, p.234-239, 26 May 2014.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1497-1504, jul. 2015.

PEREIRA, M.L; OLIVEIRA, L; LUNET, N. Caries and Oral Health Related Behaviours Among Homeless Adults from Porto, Portugal. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 2, n.2, p. 109-116, 2014.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n.1, p.246-256, dez. 2015.

SILVEIRA, J.L.G.C; STANKE, R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. **Ciências e Cognição**, v. 13, n.1, p. 02-11. 2008.

VAN HOUT, M.C; HEARNE, E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. **Journal of the Irish Dental Association**, v. 60, n. 3, p. 144-149. June/July, 2010.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.56-69, abr. 2004

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e o pesquisador Joaquim Gabriel de Andrade Couto, graduando em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Atenção à Saúde Bucal da População em Situação de Rua (PSR)", que tem como objetivo analisar as ações de atenção à saúde bucal orientada aos moradores de rua realizada por equipes de saúde da família nas três capitais do Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, sob o número de parecer 1.635.670 (CAEE: 52933116.2.0000.0121), assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, situado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, CEP: 90010-040. Telefone: (51) 32895517, e email cep_sms@hotmail.com.br e cep_sms@sms.prefpoa.com.br, sob o número de parecer 741.850 (CAEE: 21710513.8.3001.5338), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, localizado na Rua Francisco Torres, 830 – Ed. Laucas, bairro Centro em Curitiba, Paraná, CEP: 80060-130. Telefone (41) 3350-9429, e email etica@sms.curitiba.pr.gov.br sob o número de parecer 1.740.803 (CAEE: 52933116.2.3001.0101)

Acreditamos que o estudo possibilitará uma melhor compreensão da forma de atendimento e cuidado à saúde bucal da População em Situação de Rua (PSR), tornando possível conhecer as ações de prevenção e promoção realizada em prol dessa população.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro, a qual será gravada digitalmente e posteriormente transcrita, sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

As informações colhidas na entrevista serão referentes ao seu conhecimento sobre o atendimento a PSR no seu município. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à rede de atenção à saúde bucal e gerar desconforto ou constrangimento durante a entrevista.

Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para revalidação das respostas, caso seja necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, seguindo normas da Resolução 466/12 do CNS e suas complementares, na pesquisa envolvendo seres humanos, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

Os pesquisadores Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Joaquim Gabriel de Andrade Couto estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99184330, pelos e-mails alfm@terra.com.br e joaquimgcouthotmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Joaquim Gabriel de Andrade Couto
Pesquisadora responsável	Pesquisador colaborador
Universidade Federal de Santa Catarina	Rua Luís Oscar de Carvalho, 75. Bloco A6
Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima	Apto 23. Trindade. CEP: 88036-400
Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146	Florianópolis (SC)
88040-970 Trindade - Florianópolis (SC)	Email: joaquimgcouthotmail.com
Email: alfm@terra.com.br	Fone: 48 99184330
Fone: 48 99804966	

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Local e data: _____
 Assinatura: _____

APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Grupo 1 – Gestores municipais de saúde dos municípios, da área da atenção primária à saúde ou do planejamento.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL:

- 1) Idade: Sexo: Estado civil:
- 2) Curso e ano de graduação:
- 3) Tempo de atuação na SMS:
- 4) Tempo de atuação no cargo:
- 5) Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- 6) Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área:

PARTE II – QUESTÕES:

- 1) Qual o método de entrada da População em Situação de Rua na rede municipal de saúde da sua cidade?
- 2) Existe algum protocolo de atendimento a essa população?
- 3) Apesar da falta de endereço fixo, essas pessoas têm acesso a atendimento em qualquer Unidade Básica de Saúde?
- 4) Quanto ao atendimento odontológico, como é o acesso dessa população a ações de saúde bucal?
- 5) O município conta com unidades de Consultório na Rua? Se sim, os cirurgiões dentistas fazem parte da equipe?
- 6) Como você considera o acesso a saúde bucal dessa população? Como ele poderia se tornar melhor?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Grupo 2 – Gestores municipais de saúde bucal

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL:

- 1) Idade: Sexo: Estado civil:
- 2) Curso e ano de graduação:
- 3) Tempo de atuação na SMS:
- 4) Tempo de atuação no cargo:
- 5) Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- 6) Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área:

PARTE II – QUESTÕES:

- 1) Qual o modo de acesso ao atendimento odontológico da População em Situação de Rua no seu município?
- 2) Como é a demanda de atendimento dessa população no município?
- 3) Existe algum tipo de ação de promoção e prevenção voltada a essa população?
- 4) O município conta com unidades de Consultório na Rua? Se sim, os cirurgiões dentistas fazem parte da equipe?
- 5) Como você considera o acesso a saúde bucal dessa população? Como ele poderia se tornar melhor?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Grupo 3 – Coordenadores dos Consultórios na Rua.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL:

- 1) Idade: Sexo: Estado civil:
- 2) Curso e ano de graduação:
- 3) Tempo de atuação na SMS:
- 4) Tempo de atuação no cargo:
- 5) Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- 6) Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área:

PARTE II – QUESTÕES:

- 1) Qual o método de entrada da População em Situação de Rua na rede municipal de saúde da sua cidade?
- 2) Existe algum protocolo de atendimento a essa população?
- 3) Apesar da falta de endereço fixo, essas pessoas têm acesso a atendimento em qualquer Unidade Básica de Saúde?
- 4) Quanto ao atendimento odontológico, como é o acesso dessa população a ações de saúde bucal?
- 5) Há um cirurgião dentista na equipe do Consultório na Rua? Se sim, como é a abordagem e atividades que cabem a ele?
- 6) Como você considera o acesso a saúde bucal dessa população? Como ele poderia se tornar melhor?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Grupo 4 – Cirurgiões Dentistas das Unidades Básicas de Saúde de territórios onde há grande concentração de pessoas em situação de rua.

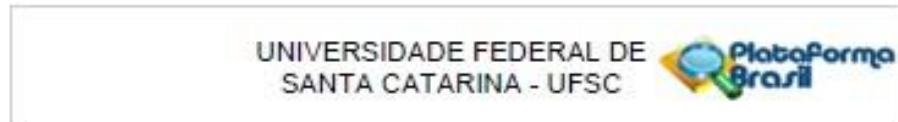
PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL:

- 1) Idade: Sexo: Estado civil:
- 2) Curso e ano de graduação:
- 3) Tempo de atuação na SMS:
- 4) Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- 5) Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área:

PARTE II – QUESTÕES:

- 1) Qual o modo de acesso ao atendimento odontológico da População em Situação de Rua no seu município?
- 2) Como é a demanda de atendimento dessa população na sua Unidade Básica de Saúde?
- 3) Quais os procedimentos mais comumente realizados nessa população?
- 4) Existe algum tipo de ação de promoção e prevenção voltada a essa população?
- 5) Como você considera o acesso a saúde bucal dessa população? Como ele poderia se tornar melhor?

ANEXO A – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52933116.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.635.670

Apresentação do Projeto:

Projeto de TCC do aluno Joaquim Gabriel de Andrade Couto, do curso de Graduação em Odontologia da UFSC, sob orientação da profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo, que pretende analisar as ações de atenção à saúde bucal orientada aos moradores de rua realizada por equipes de saúde da família nas três capitais do Sul do Brasil (Porto Alegre, Florianópolis e Curitiba).

A metodologia prevê a realização de entrevista semiestruturada, gravada digitalmente e transcrita, com perguntas relacionadas ao conhecimento sobre o atendimento a pessoas em situação de rua. Os participantes serão: gestores de saúde dos municípios, gestores de saúde bucal dos municípios, coordenadores dos consultórios de rua e cirurgiões dentistas dos centros de saúde onde há grande concentração de pessoas em situação de rua, num total de 12 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as ações de atenção à saúde bucal orientada aos moradores de rua realizada por equipes de saúde da família nas três capitais do Sul do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente previstos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Possui relevância científica e social.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.035.670

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- nova versão do TCLE, contemplando a exigência do parecer anterior;
- termo de ciência e autorização da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- declaração de ciência da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_649973.pdf	28/06/2016 22:51:34		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.docx	28/06/2016 22:50:07	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOautorizacaoPoA.pdf	14/06/2016 16:49:07	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjTCC11062016.docx	14/06/2016 16:47:06	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaocienciaCTBA.pdf	14/06/2016 16:26:53	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo03052016.docx	03/05/2016 12:58:51	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSMSPMF.jpg	02/02/2016 12:55:41	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocassinada02022016.pdf	02/02/2016 12:35:35	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Processo: 1.035.670

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Julho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Panorama das ações e serviços odontológicos prestados pelas Faculdades e Cursos de Odontologia em Instituições públicas federais do sul do Brasil

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21710513.8.3001.5338

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 741.850

Data da Relatoria: 15/07/2014

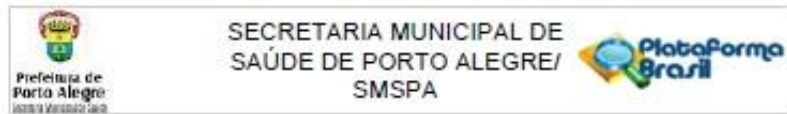
Apresentação do Projeto:

O estudo visa avaliar as ações desenvolvidas por Faculdades de Odontologia de Universidades Públicas do Sul Brasil, tendo como base a necessidade de formar profissionais que tenham perfil para trabalhar no SUS. A produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela fragmentação e por interesses econômicos. Isto tem reduzido o impacto das respostas produzidas pelas universidades em relação às demandas sociais, o que traz prejuízo à formação profissional e à prestação de serviço na área da odontologia em saúde pública.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico, de abordagem qualitativa, ao se propor a analisar e refletir criticamente acerca das ações e serviços odontológicos prestados pelas Faculdades e Cursos de Odontologia em Instituições públicas federais do

sul do Brasil. Sendo um estudo qualitativo, dá atenção ao universo de informações não quantificáveis, levando em consideração o que está nas entrelinhas das informações e sua subjetividade, dando destaque a significações dos acontecimentos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo às relações que não podem ser explicadas simplesmente por operações e matemática. O estudo será conduzido nos Cursos e Faculdades de Odontologia de Instituições de ensino superiores federais do sul do país, sendo entrevistados docentes e discentes das Instituições de ensino participantes do estudo e coordenadores de saúde bucal dos municípios

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3280-5517 Fax: (51)3280-2453 E-mail: cep_ams@hotmail.com



Continuação do Parecer 741.050

em que as Instituições de ensino superiores estão inseridas. A seleção dos participantes será intencional, seguindo a lógica dos objetivos do estudo e o envolvimento dos participantes com o objeto de investigação. O número de participantes será determinado pelo procedimento de saturação teórica dos dados, baseado nos critérios de resposta aos objetivos do estudo, recorte do objeto do estudo e referencial teórico. Os dados serão coletados mediante realização de entrevista, pela aplicação da técnica da observação participante e por análise documental. Serão realizadas entrevistas individuais com os participantes elencados. Esses participantes serão docentes, discentes e gestores responsáveis pela área de saúde bucal nos municípios das instituições. As entrevistas serão gravadas em meio digital para, posteriormente, serem transcritas na Integra. Serão realizadas por um pesquisador, cirurgião-dentista, seguindo um roteiro de entrevista. A observação participante acontecerá no interior das instituições de Ensino Superior participantes da pesquisa e em pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município da IES. Com o auxílio da observação participante, pretende-se analisar a realidade social das instituições de Ensino Superiores e dos pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal, captando os conflitos e tensões existentes e identificando grupos motivados a realizar mudanças a fim de contribuir para a superação das dificuldades encontradas pelas Faculdades e Cursos de Odontologia em se alinhar a um novo modelo pedagógico, de acordo com as DCN e os princípios que regem o SUS, e se integrar na Rede de Atenção à Saúde Bucal do município ou região. Será feito um diário de campo, que será utilizado sistematicamente no processo de observar e anotar as informações.

Objetivo da Pesquisa:

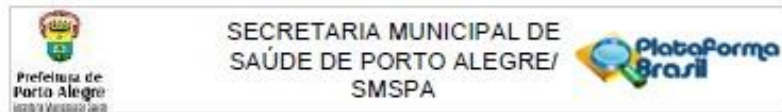
Objetivo geral:

Analisar as ações e serviços odontológicos prestados pelas Faculdades e Cursos de Odontologia em instituições de ensino superior públicas do sul do Brasil, considerando os princípios que regem o SUS.

Objetivos específicos:

- Caracterizar os aspectos organizativos das ações e serviços de saúde bucal realizados nas faculdades e cursos de odontologia.
- Analisar a integração das ações e serviços entre si e com demais serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, no âmbito das Universidades.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_wma@hotmail.com



Continuação do Parecer: 741.050

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, não há riscos aos participantes da pesquisa.

O benefício é de produzir conhecimento com relação à formação em odontologia em Universidades Públicas do Sul do Brasil, na avaliação de alunos, professores e gestores, com vistas a adequar a escola às necessidades das redes de atenção em saúde bucal do Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina/Faculdade de Odontologia

Nível: Mestrado

Aluna pesquisadora: Fabiane Alves Farias.

Local de realização: CGAPSES - Área técnica de Saúde Bucal

Cronograma: estudo inicia em 12/13 e encerra em 02/15.

Participantes da pesquisa: serão docentes, discentes de Instituições de ensino e coordenadores de saúde bucal dos municípios em que as instituições de ensino superiores públicas estão inseridas.

Número de participantes de pesquisa: será definido por saturação teórica de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Recomendamos informar no TCLE que foi realizada também a apreciação ética no CEP SMSPA, indicando o endereço e telefone para eventuais contatos. Também deve constar no TCLE que a entrevista será gravada. De acordo com a Resolução CNS 466/12, o participante da pesquisa deve receber uma VIA original (e não cópia) do TCLE, e rubricar em todas as páginas, assim como o pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequar os itens recomendados acima.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3280-5517 Fax: (51)3280-2453 E-mail: cep_smps@hotmail.com



Continuação do Processo 741.000

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório ou trabalho final ao término do estudo, ao CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 07 de Agosto de 2014

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Morães, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-3453 E-mail: cep_smsa@hotmail.com

ANEXO C – PARECE COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA e SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52933116.2.3001.0101

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.740.803

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado refere-se a proposta de elaboração de TCC com finalidade de conclusão de Curso de Odontologia da UFSC como requisito para a graduação.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa pretende analisar as ações de atenção à saúde bucal orientada aos moradores de rua realizada por equipes de saúde da família nas três capitais do Sul do Brasil, Curitiba, Porto Alegre e Florianópolis, utilizando abordagem qualitativa com caráter exploratório. A questão que fundamenta a pesquisa é a identificação de como é realizada a abordagem da saúde bucal de moradores de rua em grandes centros urbanos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão apontados no Projeto. Por se tratar de entrevistas com os gestores de diferentes esferas da gestão do SUS, os riscos são controláveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A amostra será composta de doze 12 participantes: 1) gestores de saúde dos municípios, da área de atenção primária ou do planejamento; 2) gestores de saúde bucal dos municípios; 3) coordenadores dos consultórios na rua dos municípios; 4) cirurgiões dentistas das UBS de territórios onde há grande concentração de pessoas em situação de rua. Os participantes serão entrevistados por meio do uso do computador e do Software Skype®. Após assinatura do TCLE. A

Endereço: Rua Alípio Bóris, 690
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@smm.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA e SMS

Continuação do Parecer: 1.740.803

análise dos dados, coletados por meio de entrevistas, será realizada pela técnica da Análise de Conteúdo. Os documentos foram anexados ao projeto. A Coordenação do Consultório na Rua de Curitiba, Sra. Adriane Woltmann, Psicóloga, representante do Departamento de Atenção Primária/ Secretaria Municipal da Saúde posicionou-se sem ressalvas com o projeto de pesquisa, concordando a sua aplicação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado ao objeto de pesquisa proposto.

Recomendações:

Nada a apontar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Faço ao exposto, considera-se viável a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba é de parecer favorável à pesquisa, seguindo recomendação dos relatores.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_649973.pdf	28/06/2016 22:51:34		Acelto
Outros	CARTARESPOSTA.docx	28/06/2016 22:50:07	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_649973.pdf	14/06/2016 16:51:50		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOautorizacaoPoA.pdf	14/06/2016 16:49:07	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjTCC11062016.docx	14/06/2016 16:47:06	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_649973.pdf	14/06/2016 16:28:59		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeniadCTBA.pdf	14/06/2016 16:26:53	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLENovo03052016.docx	03/05/2016 12:58:51	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acelto

Endereço: Rua Adílio Bório, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4981 Fax: (41)3360-4985 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA e SMS

Continuação do Parecer: 1.740.803

Justificativa de Ausência	TCLEnovo03052016.docx	03/05/2016 12:58:51	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_649973.pdf	02/02/2016 12:59:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSMSPMF.jpg	02/02/2016 12:55:41	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjTCC02022016.pdf	02/02/2016 12:54:21	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/02/2016 12:53:45	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada02022016.pdf	02/02/2016 12:35:35	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CURITIBA, 22 de Setembro de 2016

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Afílio Bóris, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4981 Fax: (41)3360-4985 E-mail: etica@smm.curitiba.pr.gov.br