

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

LUÍSA SANTINI PINHEIRO

AS VOZES NÃO OUVIDAS EM SAÚDE BUCAL - ESTUDO QUALITATIVO COM  
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Porto Alegre

2023

LUÍSA SANTINI PINHEIRO

AS VOZES NÃO OUVIDAS EM SAÚDE BUCAL - ESTUDO QUALITATIVO COM  
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Renato José De Marchi

Porto Alegre

2023

Dados de catalogação-na-publicação:

CIP - Catalogação na Publicação

Santini, Luisa  
AS VOZES NÃO OUVIDAS EM SAÚDE BUCAL - ESTUDO  
QUALITATIVO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA / Luisa  
Santini. -- 2023.  
45 f.  
Orientador: Renato José De Marchi.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal,  
Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Saúde Bucal. 3.  
Uso de Serviços de Saúde. I. José De Marchi, Renato,  
orient. II. Título.

LUÍSA SANTINI PINHEIRO

AS VOZES NÃO OUVIDAS EM SAÚDE BUCAL - ESTUDO QUALITATIVO COM  
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Porto Alegre, 04 de dezembro de 2023.

Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social.

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social.

## RESUMO

**Introdução:** Grupos socialmente vulneráveis apresentam maior risco para o adoecimento e sofrem piores consequências dos agravos em saúde. No Brasil, estima-se que 75,9% das pessoas em situação de rua tenham cáries não tratadas e 91% tenham múltiplos episódios de dor dentária ao longo da vida. Além de existirem poucas pesquisas sobre a saúde bucal em grupos socialmente excluídos, como as pessoas em situação de rua, os mecanismos que ligam essa condição aos agravos a saúde bucal são pouco conhecidos. **Objetivos:** Explorar as histórias de vida de indivíduos em situação de rua, suas experiências em saúde bucal e relação com os serviços de saúde. **Metodologia:** Os grupos focais e as entrevistas individuais foram gravados e posteriormente transcritos, sendo analisadas por meio de análise temática segundo Teoria Fundamentada em Dados para identificar os principais temas emergentes das discussões. **Resultados:** Foram realizadas nove entrevistas individuais, com seis homens e três mulheres, e duas sessões com grupos focais com homens e mulheres. As principais causas para estabelecimento da condição de rua apontadas foram conflitos familiares e abuso de substâncias. Os participantes atribuem importância da saúde bucal para sua autoestima, autoconfiança e funções sociais e relacionam condições precárias de saúde bucal a dificuldades para acesso a oportunidades de trabalho. Entre as barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde bucal estão os processos burocráticos e pouco flexíveis que não se adaptam às especificidades dessa população, longas filas de espera para atendimento e falta de acolhimento pelos profissionais de saúde. As sugestões para ampliação no acesso aos serviços públicos de saúde bucal incluíram o aumento no número de vagas para atendimento, maior número de profissionais e de recursos físicos. **Conclusão:** A vivência nas ruas é marcada pela violência, insegurança e falha com direitos sociais básicos, que resultam em iniquidades em saúde. Há um papel relevante da saúde bucal na autoestima e nas funções sociais dos indivíduos em situação de rua. Em contrapartida, existem barreiras importantes no acesso dessa população serviços locais de saúde bucal.

**Palavras-chave:** Pessoas em Situação de Rua; Saúde Bucal; Uso de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Groups exposed to social vulnerability are at greater risk of becoming ill and suffer worse consequences from health problems. In Brazil, it is estimated that 75.9% of homeless people have untreated cavities and 91% have multiple episodes of dental pain throughout their lives. Besides the lack of research on oral health in socially excluded groups, such as homeless people, the mechanisms that link this condition to oral health problems are poorly known. **Objectives:** To explore the life stories of homeless people, their experiences in oral health and their relationship with health services. **Methods:** The focus groups and individual interviews were recorded and later transcribed, and analysed using thematic analysis according to Grounded Theory to identify the main themes emerging from the discussions. **Results:** nine individual interviews were carried out (six men and three women), and two focus group sessions with men and women. The main causes for the establishment of homelessness were family conflicts and substance abuse. Participants attribute importance of oral health to their self-esteem, self-confidence and social functions and poor oral health conditions were related to difficulties in accessing work opportunities. The barriers to access public oral health services included bureaucratic and inflexible processes that do not adapt to the specificities of this population, long waiting lists and lack of reception by health professionals. Suggestions for expanding access to public oral health services included a greater provision of care, a greater number of professionals and physical resources. **Conclusion:** Living on the streets is marked by violence, insecurity and failures with basic social rights, which result in health inequities. There is a relevant role of oral health in the self-esteem and social functions of homeless individuals. On the other hand, there are important barriers to this population's access to local oral health services.

**Keywords:** Homeless People; Oral Health; Use of Health Services.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1	Justificativa .....	7
1.2	Abordagem Qualitativa.....	8
1.3	Objetivo .....	8
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
2.1	Vulnerabilidade Social .....	9
2.2	Saúde da População em Situação de Rua.....	9
2.3	Saúde Bucal .....	10
2.4	Relação com os serviços de Saúde.....	11
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
3.1	Quadro 01 – Perguntas Norteadoras dos Roteiros de Entrevistas.....	15
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>16</b>
4.1	Situação de Rua .....	16
4.1.1	<i>Contexto de vida:</i> .....	16
4.1.2	<i>Causa da Situação de Rua:</i> .....	17
4.1.3	<i>Vivência na Rua</i> .....	18
4.2	Uso de Substâncias.....	19
4.3	Saúde Bucal .....	20
1.1.1	<i>Importância da saúde bucal:</i> .....	21
4.3.1	<i>Conceito de saúde bucal:</i> .....	21
4.4	Causa dos Problemas de Saúde Bucal .....	22
4.5	Acesso a Serviços de Saúde .....	22
4.6	Relação com os Serviços de Saúde Bucal.....	23
4.7	Melhorias nos Serviços de Saúde.....	25
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E DE GRUPOS FOCAIS</b>	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>36</b>
	<b>APÊNDICE C – LISTA DE CÓDIGOS E CATEGORIAS .....</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO CONEP.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As diferenças em saúde entre estratos sociais não podem ser explicadas por fatores biológicos(1). Grupos afetados por condições de vulnerabilidade social apresentam maior risco para o adoecimento e sofrem piores consequências dos agravos em saúde, resultando em piores quadros de saúde geral(2). As doenças bucais incluem uma série de condições que afetam a boca e os dentes, incluindo a cárie dentária, a doença periodontal e o câncer de lábio e boca(3). Apesar de serem amplamente evitáveis, essas condições estão entre as doenças mais comuns, afetando cerca de 3,5 bilhões de pessoas(3,4). Os agravos de saúde bucal têm impactos relevantes na saúde e no bem-estar das pessoas, e os altos custos dos tratamentos odontológicos podem ter grande impacto econômico nos orçamentos familiares e nos sistemas de saúde(5). A presença de um sistema de saúde gratuito, entretanto, não é garantia de acesso às práticas de promoção e prevenção, especialmente entre grupos com maiores necessidades(6). As doenças bucais são mais frequentes entre grupos sociais mais pobres e com menor escolaridade(2). Essas desigualdades em saúde bucal são consequência de uma gama de fatores comportamentais, comunitários e sociais amplos, que extrapolam o controle direto dos indivíduos(1).

A população em situação de rua, devido ao cenário de total ruptura de direitos sociais básicos a que está exposta, possivelmente enfrenta as mais extremas condições de vulnerabilidade(7). Tal contexto de adversidades potencializa o risco de desenvolvimento de doenças e agrava condições pré-existentes(8). No Brasil, estima-se que 75,9% das pessoas em situação de rua tenham cáries não tratadas(9) e 91% múltiplos episódios de dor dentária(10). A discriminação e exclusão social são alguns dos obstáculos para o acesso e a busca por serviços de saúde(6). Ainda que políticas públicas específicas estejam previstas em lei para a população de rua, na prática, não há redução das iniquidades em saúde ou efetiva ampliação do acesso aos serviços de saúde(6). As opiniões e experiências de saúde bucal e serviços odontológicos de grupos desfavorecidos podem ser melhor explorados(11). Entender a saúde a partir de suas perspectivas e a relação com suas histórias de vida é essencial para o avanço na pesquisa sobre essa população e definição de estratégias de intervenção efetivas.

### 1.1 Justificativa

As condições de saúde bucal da população de rua, assim como os mecanismos que ligam a condição de rua aos agravos em saúde bucal foram pouco explorados(12). As diferenças na saúde bucal desses grupos para outros, é enorme e não passa simplesmente pela



pobreza(13). A vulnerabilidade refere-se à maior suscetibilidade dos indivíduos a condições negativas e suas consequências, e inclui domínios de aspecto individual, coletivo, político e presença ou não de apoio social(14). As trajetórias de vida de grupos em extrema vulnerabilidade são diferentes das demais pessoas e não se restringe ao acesso reduzido aos bens de consumo. Conhecer melhor suas histórias pode ajudar a compreender com maior precisão o quadro de saúde bucal destes indivíduos e propor ações de intervenção mais realistas e adequadas. As informações coletadas, portanto, podem auxiliar na elaboração de recomendações efetivas em políticas de saúde bucal para comunidades desfavorecidas.

## 1.2 **Abordagem Qualitativa**

Na pesquisa qualitativa, a realidade estudada é concebida como uma construção social e subjetiva, reconhecendo que nossas ações nesse processo estão carregadas de intenções e valores que influenciam o trabalho de campo, a coleta dos dados e as próprias análises, constituindo marca fundamental que diferencia a abordagem qualitativa da quantitativa(15).

A principal razão para a escolha da perspectiva qualitativa corresponde ao compromisso epistemológico para com uma concepção crítica da pesquisa educacional, partindo do pressuposto de que a realidade não pode ser entendida como uma construção independente do sujeito social, pois esta é uma construção social subjetiva e singular, marcada por um contexto histórico e influenciada por valores políticos, culturais e econômicos(16).

## 1.3 **Objetivo**

O objetivo deste estudo é conhecer as histórias de vida de indivíduos em situação de rua, explorar suas experiências em saúde bucal, seus pontos de vista sobre as causas das doenças bucais, sua relação com os serviços de saúde disponíveis, barreiras de acesso percebidas e ideias sobre futuras oportunidades de prevenção.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Vulnerabilidade Social**

Quando a economia deixa de ser um meio para obtenção de justiça social e torna-se a verdadeira finalidade, direitos políticos e sociais acabam negligenciados. Apesar do direito à cidadania e à saúde serem garantidos em constituição, no Brasil, há os que são mais e menos cidadãos, e os que tampouco alcançaram a cidadania(17). Com o avanço da globalização e fortalecimento do discurso neoliberal, indivíduos que não contribuem para o crescimento econômico estão fadados à exclusão social(18).

O debate sobre a população em situação de rua demanda a inclusão de pautas sociais, políticas e econômicas. Dentre outros fatores, a condição de rua é fruto da desigualdade, e de uma organização social na qual a economia, e as chamadas necessidades econômicas, predominam sobre outros setores essenciais para uma existência humana digna: direito à moradia, educação, saúde e cultura(19). Nessa lógica, indivíduos que não contribuem para a geração de lucro e crescimento econômico, caso da população em situação de rua, não possuem relevância para o poder público e estão excluídos da agenda de políticas sociais(19).

A população em situação de rua se caracteriza por um grupo social heterogêneo exposto à pobreza extrema, com ausência de moradia e renda fixa, vínculos familiares fragilizados, com pequena ou nenhuma rede social de apoio(20). A ausência de moradia é fator central na definição dessa condição, entretanto, a violação de outros direitos fundamentais perpassa aspectos psicológicos, especificidades culturais, de gênero e raça(21). O direito à moradia não deve ser limitado ao direito à propriedade privada, uma vez que, mais amplamente, se refere a um lugar de pertencimento, espaço capaz de garantir segurança, privacidade, desenvolvimento de laços afetivos familiares e comunitários(19). É considerado grupo especialmente vulnerável, devido a maior suscetibilidade a riscos do ambiente e suas consequências, devido à escassez de recursos pessoais, econômicos e de apoio social(14). Não apenas aspectos econômicos, como questões de vulnerabilidade relacionadas à raça e gênero são capazes de potencializar o contexto de adversidades ao qual estão expostos(14).

### **2.2 Saúde da População em Situação de Rua**

Enquanto setor essencial da vida humana, a saúde de uma população também é resultado das condições sociais de desigualdade e iniquidade(1). As diferenças em saúde de uma população não podem ser explicadas por fatores biológicos(1). Com o avanço da

pesquisa sobre determinantes sociais em saúde, a influência de fatores econômicos, culturais, comportamentais e de raça sobre o padrão, a percepção e as consequências do adoecimento em diferentes grupos é descrito em literatura(1,22). As iniquidades em saúde, decorrentes da má distribuição de renda, poder, bens e serviços, se referem às diferenças tanto na distribuição de doenças entre os grupos, quanto no acesso a bens e serviços de saúde(2,22,23). Indivíduos expostos à vulnerabilidade social possuem maior risco para o desenvolvimento de doenças(2), piores condições de saúde geral, e sofrem piores consequências do adoecimento, devido a menor disponibilidade de recursos financeiros e sociais para reabilitação ou adaptação a essas condições.

A vida na rua potencializa o risco de adoecimento e agrava condições crônicas pré-existentes(21). A discriminação e exclusão social, por sua vez limitam o acesso e a procura por serviços de saúde(6). Em decorrência da total ruptura com direitos sociais básicos é um segmento populacional especialmente vulnerável, com demandas e necessidades específicas de saúde. Os transtornos mentais, como depressão e ansiedade(24), as doenças crônicas e infecciosas(8), o abuso de substâncias e a dependência química são agravos frequentes(24). Estima-se um risco cinco vezes maior para o desenvolvimento de doenças cardíacas e duas vezes maior para asma, além de maiores chances de AVC(8). A saúde mental, além de ser impactada pelo cotidiano nas ruas, é fator determinante para o estabelecimento e manutenção da condição(24). Os problemas psicológicos se associam ao abuso de drogas e à dependência química, que por sua vez agravam a condição de saúde mental(24).

### 2.3 Saúde Bucal

Assim como na saúde geral, problemas de saúde bucal não se distribuem homogeneamente em diferentes grupos sociais, impactando de forma mais grave grupos socialmente marginalizados(2). Desigualdades injustas em saúde bucal se associam a fatores comportamentais, comunitários e sociais amplos, que fogem do controle direto dos indivíduos. Menor acesso à alimentação saudável, ausência de recursos para manutenção de uma rotina de cuidados com higiene bucal(25), associados ao abuso de substâncias(24), além da exclusão dos programas de prevenção e promoção em saúde(6), contribuem para a alta prevalência de impactos orais nessa população. Mais ainda, o cotidiano marcado pela busca por sobrevivência e demandas externas impõe uma série de barreiras para a manutenção do cuidado em saúde bucal(25).

A prevalência de cárie não tratada entre pessoas em situação de rua chega a 75,9% no Brasil(9), além de 91% vivenciarem algum episódio de dor dentária ao longo da vida(10).

Problemas periodontais, cárie e perda dentária, câncer de lábio e boca estão entre os agravos de saúde bucal mais frequentes, os quais impactam significativamente na saúde e bem estar dessa população. Um estudo em Porto Alegre avaliou a experiência de dor dentária e sua relação com aspectos da condição de rua(10). Entre os resultados, 75% dos participantes relataram diversos episódios de dor dentária ao longo da vida, sendo 48% episódios recentes e cerca de 79% de dor moderada a intensa(10). Entre os impactos orais, o desconforto associado à cavidade oral, dificuldade para alimentação, constrangimento e vergonha com relação aos dentes se destacam(26). Apesar da disponibilidade de atendimento público através do Sistema Único de Saúde (SUS), em se tratando de demandas em saúde bucal, esse grupo tende a buscar medidas de alívio próprio a buscar atendimento profissional(12). A demanda por atendimento profissional se associa a episódios de dor insuportável, em serviços de urgências e com desfechos invasivos que objetivam o alívio rápido do quadro de dor, como a extração dentária(12).

#### 2.4 **Relação com os serviços de Saúde**

A inclusão da população em situação de rua na agenda dos serviços de saúde ainda é um desafio. O preconceito, a falta de acolhimento pelos profissionais, o despreparo e a desorganização dos serviços para resolução de suas demandas contribuem para o enfraquecimento dos vínculos(6). A saúde, enquanto setor capaz de contribuir para redução da exclusão social, ao garantir o cumprimento do princípio da equidade, ainda configura campo de manutenção do contexto de marginalização.

Buscando, entre outras providências, a superação do preconceito e a capacitação dos profissionais para melhoria na qualidade do atendimento a essa população, em 2009 foi definida a Política Nacional para População em Situação de Rua(20). Entre os objetivos há a promoção de direitos civis, políticos, econômicos e sociais, o incentivo à produção científica sobre esse grupo, contemplando sua diversidade, e o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais e transversais direcionadas(20). Como resposta às demandas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, de acesso a serviços de Atenção Básica que contemplassem as especificidades dessa população e buscando a criação de um elo entre eles e os demais níveis de atenção, em 2011 o decreto número 122 dispôs sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR)(27).

Apesar dos avanços na legislação, na prática, o acesso aos serviços ainda é baixo, principalmente considerando práticas de promoção e prevenção em saúde. Para a maioria desses indivíduos, os serviços públicos de saúde não são referência de acolhimento e cuidado.

Apenas a definição de políticas públicas não garante o cuidado integral e a construção de vínculo entre as pessoas e os serviços(6,28). O estigma associado a este grupo impacta negativamente na prática dos profissionais, além do despreparo dos serviços para receber suas demandas, como inflexibilidade de horários e exigência de documentação(28). Tais condições reforçam o quadro de exclusão, que resulta em um perfil de busca por atendimentos de urgências, durante quadros agudos, com piores prognósticos e maior comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos(10).

Com poucos estudos e indicadores de saúde existentes, a população em situação de rua não é excluída apenas dos serviços, como também dos levantamentos de saúde. Possibilitar que essas pessoas expressem suas histórias de vida e sua relação com a saúde bucal e geral, assim como suas expectativas com relação aos serviços de saúde e barreiras de acesso que identificam, é necessário para o direcionamento de ações de tratamento e prevenção de agravos específicos dessa população.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa consiste em uma metodologia não matemática para interpretação de dados e permite identificar conceitos e relações nos dados brutos e sua organização em esquemas explanatórios teóricos(29). É um método que permite investigar a realidade subjetiva por trás de comportamentos individuais, desenvolver bases teóricas para a pesquisa quantitativa e explorar relações causais sugeridas pela mesma(29). Não obstante, pode contribuir para investigação das experiências com doenças bucais, do conceito de saúde bucal sob a perspectiva de indivíduos em situação de rua, sua relação com a própria saúde bucal e contexto de vida.

Foi realizado estudo qualitativo de caráter exploratório, uma vez que este estudo integra parte de uma pesquisa maior e em função de alinhar objetivos adotados nos demais projetos desenvolvidos em outras regiões do mundo. Foram feitas entrevistas individuais e duas sessões de grupos focais, as quais seguiram roteiros semiestruturados (Apêndice A). O estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e ao CEP/UFRGS e aprovado conforme parecer CAAE número 56320022.7.00005347 (Anexo A). Os participantes foram recrutados por meio de parceria com o Instituto Espirita Dias da Cruz (IEDC) que possui um Albergue Noturno com serviços de alimentação e estadia a pessoas em situação de rua. Os critérios de inclusão foram indivíduos em situação de rua que utilizam o abrigo, que estavam no abrigo por ocasião das entrevistas e aceitaram participar. Não houveram critérios de exclusão por faixa etária ou sexo. Os participantes foram comunicados dos objetivos do estudo durante as visitas ao abrigo, por intermédio da Assistente Social responsável, e ao aceitarem participar foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) pelos pesquisadores e prosseguida a entrevista. O albergue possui 42 anos de atuação na comunidade local e, portanto, tem bom conhecimento sobre as mesmas e sobre a melhor forma de se envolver com elas.

Os roteiros semiestruturados de entrevistas individuais e de grupos focais (Apêndice A) consistiam em perguntas norteadoras para as discussões exploratórias relacionadas aos objetivos do estudo e estão descritas no quadro 01. As discussões, entretanto, adotaram uma abordagem flexível e responsiva com base nas questões que surgiram durante o processo. As entrevistas ocorreram em ambientes cedidos pela organização do abrigo, salas que permitiram total privacidade aos entrevistados. Os pesquisadores foram treinados e apoiados para conduzir as discussões e entrevistas.

As entrevistas individuais e de grupos focais foram gravadas digitalmente através de aparelhos de celular e posteriormente transcritas pela aluna responsável (Luísa Santini). As transcrições foram analisadas por meio da Teoria Fundamentada em Dados, de Strauss e Corbin(29), para identificar os principais temas emergentes das discussões. Os entrevistados foram identificados com a letra “P” e a respectiva numeração de acordo com a ordem de realização das entrevistas, para fins de confidencialidade. Os participantes dos grupos focais foram identificados como grupo focal um (GF01) ou grupo focal dois (GF02).

Como sugerido na Teoria Fundamentada, a codificação aberta foi utilizada para diferenciar os transcritos em segmentos significativos, onde códigos foram designados para os segmentos através do programa QSR NVivo. Nessa etapa, os dados foram separados em partes distintas, examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Eventos, acontecimentos, objetos e ações considerados conceitualmente similares em natureza ou relacionados em significado foram agrupados em conceitos mais amplos, as categorias analíticas. Um exame minucioso dos dados em busca de diferenças e de similaridades permitiu a discriminação e diferenciação entre as categorias.

Em seguida, a codificação axial possibilitou a integração destes códigos com significados similares e o desenvolvimento de categorias explanatórias com objetivo de reunir os dados e reconhecer conexões entre eles, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. Este foi o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta, buscando compreender como as categorias se associam, a fim de produzir uma teoria integrativa ao final. Todo o processo foi orientado e auditado pelo professor Renato José De Marchi, assegurando rigor metodológico.

Com a codificação aberta, é possível criar categorias, reconhecer suas propriedades, e posteriormente determinar como as categorias variam dimensionalmente. Na codificação axial, as categorias são desenvolvidas sistematicamente e associadas às subcategorias. Após as principais categorias serem integradas para formar um esquema teórico maior, os resultados da pesquisa assumem a forma de teoria(29).

### 3.1 Quadro 01 – Perguntas Norteadoras dos Roteiros de Entrevistas

Entrevistas individuais	Entrevistas de grupo focal
1. Fale-me um pouco sobre você?	1. Há quanto tempo vocês moram nesta área - como é por aqui?
2. Há quanto tempo você mora nesta área - como é por aqui?	2. Por qual(is) motivos você acredita estar em situação de rua?
3. Por qual(is) motivos você acredita estar em situação de rua? (e como isso te afeta?)	3. O que vocês acreditam que é “ter saúde?”
4. Como você descreveria sua saúde - você está bem?	4. Vocês se consideram saudáveis?
5. Gostaria de saber mais sobre sua saúde bucal - seus dentes, gengivas e boca são saudáveis?	5. O que vocês acreditam que é “ter saúde bucal/boca saudável?”
6. Como você se sente sobre a sua boca?	6. Como está a saúde da boca de vocês?
7. Você já teve algum problema específico com os dentes e a boca em algum momento de sua vida (incluindo a infância)?	7. Qual a importância de seus dentes e boca?
8. Conte-me mais sobre esses problemas - como eles afetaram você?	8. O que vocês acham que causa problemas nos dentes e na boca?
9. Você pode descrever o que você acha que são sinais de uma boca saudável?	9. Se você pudesse dar um conselho sobre saúde bucal, o que você diria?
10. Qual a importância de seus dentes e boca para você?	10. Gostaria de saber das experiências que vocês tiveram com dentistas ou com problemas odontológicos... tiveram experiências boas, ruins ou as duas?
11. O que você acha que causa problemas nos dentes e na boca das pessoas?	11. O que vocês acham que mais influenciou na experiência que vocês tiveram?
12. Você já foi ao dentista? Se sim, conte-me mais sobre sua experiência ao visitar um dentista.	12. Vocês acham que há barreiras/bloqueios para que vocês acessem os serviços de saúde odontológica?
13. Se você precisasse de atendimento hoje, você conseguiria? (Se não, por que?)	13. O que vocês acham que pode melhorar nos serviços odontológicos?
14. Como podem ser melhorados os serviços odontológicos locais nesta área?	
15. O que você diria se pudesse sugerir melhorias nos serviços de dentistas?	



## 4 RESULTADOS

Ao todo foram realizadas nove entrevistas individuais, das quais participaram seis homens e três mulheres, além de duas sessões com grupos focais, compostos por sete e oito participantes cada, entre homens e mulheres. As entrevistas individuais duraram em média 30 minutos enquanto as de grupo cerca de 40 minutos. Ambas contemplaram questões relacionadas à vivência nas ruas, autopercepção em saúde bucal, uso de serviços de saúde e barreiras de acesso, além de sugestões de melhorias nos serviços de saúde. A idade dos participantes das entrevistas individuais variou entre 19 e 56 anos, e o tempo em situação de rua variou entre três meses e 35 anos.

Nesse estudo, descrições mais detalhadas acerca das histórias de vida dos participantes foram obtidas durante as entrevistas individuais em comparação aos grupos focais, os quais foram marcados por tentativas de estabelecimento de padrões de dominância, tendo em vista a tendência de alguns participantes em buscar o protagonismo na maioria das respostas e interromper o fluxo de outros participantes menos comunicativos. Por conseguinte, após ponderação entre os pesquisadores, decidiu-se pela realização de apenas dois grupos focais e priorização das entrevistas individuais. O número de entrevistas individuais foi estabelecido a partir do critério de saturação dos dados, a partir das análises preliminares(30).

A partir da análise das informações e codificações foram sumarizadas as seguintes categorias analíticas principais: *situação de rua, uso de substâncias, saúde bucal, causa dos problemas de saúde bucal, acesso a serviços de saúde, relação com os serviços de saúde bucal e melhorias nos serviços de saúde*. Os códigos e categorias estão descritos na lista de códigos e categorias (Apêndice C).

### 4.1 Situação de Rua

Em um primeiro momento das entrevistas, as questões norteadoras buscaram criar espaço para que os participantes compartilhassem suas histórias de vida, os fatores desencadeadores para o estabelecimento na rua, cotidiano e vivência enquanto pessoa em situação de rua.

#### 4.1.1 Contexto de vida:

As histórias de vida dos participantes em geral estão atravessadas por conflitos, perdas e abandono familiar. As falas dos participantes descrevem um amplo contexto de vulnerabilidade e lares desfeitos.

*“Eu morava em abrigo, né? No caso, é, abrigo de menor (de idade), porque não conheci meus pais, aí eu fui pequeno, só não lembro com quantos anos, mas aí eles morreram antes de eu conhecer (...). Tive no abrigo que eu morava uma mãe adotiva que às vezes ela me ajuda”. (P6).*

*“Eu cresci em um lar totalmente destruído, esse pai, a pessoa pela qual eu vivia, eu era super maltratada. Então a única opção que eu tinha era sair para a rua”. (GF 02).*

Há também uma tendência de se responsabilizarem por eventos que culminaram na ruptura familiar. Sobre o cotidiano nas ruas, os participantes demonstram sentimento de tristeza, arrependimento por acontecimentos passados, desejo de mudar de vida e possuir reconhecimento social:

*“É ruim, né, fazer o quê? Devido a estas coisas erradas perdi até a família. Eu sinto falta da família. Mas o que eu posso fazer? Quem errou foi eu, não foram eles. Não posso condená-los. Eu tenho sentimentos, não é? As burradas que eu fiz e não deveria ter feito, né. Tenho arrependimentos”. (P3).*

*“Não é porque eu gosto, é por necessidade, eu acho que ninguém gosta de viver assim, ah, 15 dias num lugar e 15 dias tá na rua, na calçada, ou se não de albergue em albergue. Porque ‘bah’ todo mundo pensa em ter uma casa, construir uma família, ter um emprego, ser reconhecido pela sociedade.” (P6).*

#### 4.1.2 Causa da Situação de Rua:

A análise mostrou que existem razões específicas pelas quais os indivíduos buscam a rua. Com frequência, questões associadas às relações familiares, como brigas e desentendimentos, divergências quanto a expectativas de vida, desconhecimento ou falecimento precoce dos pais e abuso sexual surgiram como motivo para perda de vínculo com o núcleo familiar e estabelecimento da condição de rua:

*“(...) eu sempre fui de morar sozinho, trabalhando, e não “me dou” muito com meus parentes... Aí eles moram e são tudo casados, meus irmãos, minhas irmãs (...) E eu resolvi procurar outra solução, que eu vi que pra mim já não dava mais” (P1).*

*“A minha mãe morreu quando eu tinha nove anos, daí a minha vó tinha que ficar comigo e com os meus irmãos e ela não suportava a gente, foi separando um por um..., depois aconteceu do meu primo ter ‘se passado’ comigo e tudo mais, e... eu peguei e tomei uma atitude” (P2).*

A falta de uma rede social de apoio pareceu dificultar a busca por melhores condições de vida:

*“Não ter ninguém, não ter apoio, de nada, praticamente. Porque eu me separei da minha ex-mulher (...) e antes disso eu já morava sozinho, depois só foi continuando (...) não tinha onde ficar, aí fica na casa de um amigo, de um vizinho, (...) chega uma hora já não te aceitam mais” (P5).*

Com a mesma frequência, a dependência química surgiu como fator determinante quando questionados sobre as razões para situação de rua:

*“Tenho uma família boa, fui ficar em estado de vulnerabilidade em razão da dependência química, onde conheci a droga (...). Muitos anos eu usei a cocaína. Depois eu experimentei o crack, e aí foi difícil, foi complicado” (P4).*

#### 4.1.3 Vivência na Rua

Considerando a vivência nas ruas, os relatos apontam para um cotidiano marcado pelo estigma e exclusão social, além de episódios de preconceito que geram sofrimento psicológico:

*“(...) Tem gente que te olha na calçada e atravessa a rua, isso já, já destrói toda a pessoa, né? Não sei se é preconceito por tá naquela situação, ou por classe: ‘ah aquele dali não tem dinheiro vai me pedir alguma coisa, vou atravessar’. É chato isso” (P6).*

Trata-se de uma vivência condicionada à exposição à violência e insegurança constante:

*“E a rua é perigosa, porque tu não dorme bem na rua. Tu dorme com um olho aberto e o outro fechado. Já me roubaram, já fui agredida, tudo isso eu passei” (P4).*

Nesse contexto, alguns entrevistados associam o cuidado com aparência física como estratégia para acesso a oportunidades de trabalho, apoio de terceiros e de combate ao preconceito:

*“Porque o cara tendo boa aparência consegue mais serviço, pega um curso, até as pessoas passam por ti e não te olham com cara feia porque tu tá bem apresentado, tá naquela situação, mas tá bem apresentado socialmente” (P5).*

#### 4.2 Uso de Substâncias

Categoria que abrangeu aspectos relacionados ao abuso de drogas, dependência química e relação com o cotidiano nas ruas. Dentre os nove participantes entrevistados individualmente, sete relataram histórico de dependência química ou uso atual de substâncias como maconha, cocaína e crack:

*“Eu sou usuário de droga. Principalmente do Crack e do cigarro (...) Não é fácil, pegar e chutar o balde, dizer que parou” (P7).*

*“Já usei tudo que é tipo de drogas. A única coisa que eu não fiz foi me injetar, o resto usei tudo. Não sei como é que eu ‘tô’ aí. E amigo meu que hoje em dia não existe mais” (P)*

A dependência química pode atuar como um mecanismo de fuga da realidade vivenciada, um meio para atingir bem-estar, ainda que momentâneo.

*“A minha saúde é 100%, eu acho que só o fígado, porque é uma festa, uma alegria instantânea a bebida né? a tontura da bebida, você toma e está feliz na hora, e eu bebo né”(GF 02).*

Nesse sentido, apesar de expressarem desejo de abandonar o vício, a cessação do uso de substâncias apresenta-se como um desafio:

*“E é um dia de cada vez. A vontade de usar droga é todos os dias. Mas eu estou firme, estou de pé, não estou usando”. (P4).*

*“Nunca pode dizer que parou. Tu pode parar um ano, dois, cinco, dez, quinze anos (...) A qualquer momento tu pode cair. Eu sei porque eu já tive isso aí”. (P7).*

Ademais, alguns acreditam que a dependência é um dos motivos para muitos não acessarem albergues ou abrigos noturnos, devido às regras de restrições de uso:

*“Mas também tem pessoas que não gostam de abrigo. Porque não querem cumprir regras, não querem tomar banho, querem usar droga, querem fumar cigarro e não pode, porque tem que obedecer regras”. (P4).*

#### 4.3 **Saúde Bucal**

A ausência de recursos e de moradia fixa e a rotina de itinerismo são barreiras para a manutenção de cuidados pessoais. Os participantes apontaram dificuldades para a manutenção de uma rotina de autocuidado em saúde bucal:

*“No momento tu estando na rua não tem como tu manter essa rotina sempre, essa rotina de ‘tá’ se cuidando, então não tem como. Nem todo lugar deixa tu ir, entrar, fazer tua higiene, não tem como. Então é complicado”. (P5).*

A falta de acesso a recursos e alimentação de qualidade impacta negativamente a condição de saúde bucal. Uma gama de condições orais como fraturas, cáries e perdas dentárias, além de episódios de dor forte associados à cavidade oral foram manifestadas:

*“Eu queria fazer limpeza, tem dente que tá quebrado também, tem dente frouxo, não arranquei ainda, mas tá frouxo”. (P7).*

*“Eu extraí já dente, aí eu passei a noite toda horrivelmente, passei o dia todo chorando de dor. Cheguei lá, no posto, falei: não aguento mais”. (GF01).*

Conseqüentemente, quando questionados quanto à autopercepção sobre a saúde bucal, os relatos descreveram desconforto e insatisfação, além de sentimento de vergonha e medo de perder dentes.

*“Às vezes olho assim meus dentes fico até com vergonha. ‘Bah’ não queria tá com sujeira embaixo assim né, por dentro do dente assim”.* (P7).

*“Não, não está (saudável). Quando eu comecei com o uso do crack, meus dentes quebraram, tem dentes abertos, está bem ruim.(...) Tenho muito medo de perder os dentes anteriores, muito medo”.* (P4).

#### 1.1.1 Importância da saúde bucal:

Os participantes atribuem grande importância para a saúde bucal, associando a mesma à capacidade de se expressar livremente, sorrir, relacionar-se com seus pares, alimentar-se adequadamente, além de acessar oportunidades de trabalho. O termo “cartão de visitas” emergiu com certa frequência:

*“Dente é tudo, né? É o cartão de visitas, se não a pessoa fica se escondendo”.* (GF01)

*“Eu acredito que os dentes são o cartão de visitas. Porque você vai em uma entrevista de emprego, vai conversar com uma pessoa, vai em uma loja, vai em Shopping, qualquer lugar que você vai e você tem que falar, tem que abrir a boca”.* (P1).

*“É como os olhos, os ouvidos. Imagina não ter dentes, como é que vai comer alguma coisa, não dá, uma carne”.* (GF01).

Em consequência, as condições orais refletem de forma significativa no bem-estar diário desses indivíduos, afetando a autoestima, a autoconfiança e a qualidade de vida:

*“Eu me sinto mal, né, porque a porta de entrada é a boca. Por estética, até mesmo para conversar com as pessoas o cara se sente constrangido”.* (P3).

#### 4.3.1 Conceito de saúde bucal:

Mais do que associado à capacidade de se alimentar plenamente, a posse de uma saúde bucal satisfatória foi atribuída à presença de dentes em boca, ter dentes brancos e limpos, condição que associaram a possuir um sorriso “*bonito*”, ou seja, atrelada a valores estéticos e sociais:

*“Um sorriso bonito, os dentes bem brancos, um hálito puro, que não tenha cheiro, são sinais de uma boca saudável”*. (P4).

*“Não vou te dizer que é por saúde, mas por estética. Pelo resto, a alimentação, isso a pessoa se adapta. Mas na estética não tem jeito”*. (P3).

#### 4.4 Causa dos Problemas de Saúde Bucal

Essa categoria englobou tópicos que buscaram investigar o que os participantes acreditavam causar os problemas de saúde bucal. Os principais códigos emergentes foram ausência de hábitos de higiene bucal, má alimentação e consumo de drogas:

*“Pode ser má escovação, ou o tipo de coisa com que se alimenta, né”*. (P3).

*“A droga em si é prejudicial, mas o crack é uma mistura horrorosa. Meus dentes quebraram, tem dentes abertos, está bem ruim. Mas é decorrente do uso da química (droga)”*. (P4).

*“É tu dar tratamento no dia a dia na tua boca, após a refeição, antes da refeição, tudo, durante, e dar continuação em tudo, né?”* (P5).

#### 4.5 Acesso a Serviços de Saúde

Apesar da existência de programas especializados no atendimento da população de rua em Porto Alegre, as falas dos participantes indicam desinteresse em acessar os serviços de saúde. Quando relatam experiências de uso dos serviços, descrevem atendimentos de urgência, em decorrência de acidentes e fraturas:

*“Ah, raramente, raramente (acessa os serviços). Faz muito tempo que eu não vou em médico, a última vez que eu fui foi quando eu quebrei meu tornozelo jogando bola, que eu fui pro Pronto Socorro”*. (P1).

*“Tem uma semana que passei no HPS (Hospital de Pronto Socorro), tive uma, tomei meio que uma tijolada no rosto, isso aqui olha, tomei aqui desse lado. Aí fui ali”.* (P5).

Esse desinteresse, entretanto, pode estar associado a dificuldades encontradas para acesso aos atendimentos, burocracias e ausência de preparo dos serviços para as especificidades desse grupo. Da mesma forma, a preocupação com a saúde pode não ser prioridade em um contexto de luta por sobrevivência diária.

*“Ah, eu não sei como estão os atendimentos hoje em dia, né, que eu não vou no posto, mas eu sei que demora, sei que a gente tem que agendar, tem que fazer aquilo outro”.*(P7).

*“Ah, demorar e tu tem outras coisas na cabeça que acaba te afetando que tu não tem aquela vontade de ficar esperando, por causa de referência disso, referência daquilo, ‘ah teu cartão SUS’, tem que marcar horário, ou não tem médico, tem que dizer ‘daonde’, são esses problemas assim que a gente acaba deixando de lado”.* (P5).

#### 4.6 **Relação com os Serviços de Saúde Bucal**

Quando se tratam dos serviços de saúde bucal, enquanto alguns expressaram satisfação em serem atendidos por dentistas, outros relataram medos e traumas relacionados a atendimentos odontológicos.

P3: *“Nunca fui fã do dentista. Só em ouvir aquela maquininha me dá uma raiva. Sempre tive medo. Duas vezes que fiz tratamento grande em dentista eu paguei para tomar anestesia geral”.*

Em geral, os participantes se queixam da qualidade do serviço público odontológico prestado, com muitos relatos de atendimentos demorados e pouco resolutivos:

P4: *“Nós temos os consultórios de rua, ou às vezes vai ao posto de saúde, demora 4, 5, ou 10 horas para ser atendido, tu entra no consultório e o dentista te olha e te dá um remédio para dor e está tudo pronto”.*

A baixa resolutividade resulta na ausência de referência para com os serviços, que por sua vez leva a tentativas de resolução dos episódios de dor de origem dentária por conta



própria. O desestímulo à busca por atendimento é associado pelos participantes a uma evolução dos casos para condições graves.

*“Bah, me irritei, ‘tava’ me doendo demais e eu puxei com tudo e foi bom. Aí iam querer me dar remédio e ‘coisarada’ aí ‘demoraçãõ’ eu puxei de uma vez e foi bom. Mas incomodou uns diazinhos, depois parou”.* (P8).

*“Aí tu vai deixando, aí chega um certo momento que vai afetando, te afeta e tu fica assim, só reclamando e reclamando e não consegue fazer nada. Vai só empurrando com a barriga ali até chegar uma hora que tu não, aí tu fica assim, com os dentes caindo”.* (P5).

O despreparo, ou não desejo, dos profissionais em se responsabilizar pelas demandas dessa população também fica evidente em relatos que apontam falta de acolhimento e repasse de informações falsas sobre o funcionamento dos serviços:

*“O dia que eu estava lá no Modelo (...) tinha uma parte que tinham pessoas sendo atendidas por dentistas. E aí eu perguntei para uma moça assim: ‘O moça, quais os serviços que vocês oferecem aqui?’, ‘ah, aqui é só emergência, aqui é só dor, só quando a pessoa está sentindo muita dor e a gente arranca’. Eu digo, poxa, não é o meu caso, né? (...), se por ventura tivesse um atendimento para fazer uma limpeza, eu até iria entrar em uma fila, me inscrever, (...) me submeter a esse tempo de espera, mas só que, ah aqui é só emergência, sabe?”* (P1).

*“É que tem profissionais que não gostam. Tem profissionais da área da saúde que não gostam de trabalhar com a população de rua, não pode “tapar o sol com a peneira”.* (GF01).

Outro desafio se refere às queixas de necessidade de agendamento e filas de espera para conseguir agendamento, um processo burocrático que entra em conflito com outras demandas cotidianas e também é responsável pela desistência na busca por atendimento.

*“Olha, vou te dizer que eu procuro atendimento faz anos. Tentei ano passado e não consegui, aí não procurei mais, não procurei mais porque era uma coisa que era urgente, né? Pra extrair esses dentes, essas coisas assim. (...) E daí pra ti ir no SUS é tudo, tem que esperar não sei quanto tempo, esperar esse médico, esperar não sei o quê, aí não tem como. Dia a dia*

*tu tem que correr pra comer, tem que correr pra ir pro serviço, tem que correr pra tudo. Aí como é que tu vai ficar numa fila esperando?” (P5).*

#### **4.7 Melhorias nos Serviços de Saúde**

Sob o ponto de vista dos participantes e de sua relação com os serviços, as principais sugestões de melhorias nos serviços públicos de saúde bucal se referiram a maior disponibilidade de profissionais, equipamentos e consultórios e maior número de vagas para abranger as demandas populacionais. Também indicam a carência de acesso à informação acerca da disponibilidade e funcionamento dos serviços e sobre seus direitos como cidadãos.

*“O que eu acho que poderia melhorar? Acho que mais profissionais, mais consultórios, mais informações”. (P1).*

*“Mais vagas pelo SUS, que colocassem mais dentistas em mais espaços com equipamentos”. (P4).*

## 5 DISCUSSÃO

O acesso à história de vida dos participantes deste estudo apontou para um fator em comum entre a maioria dos entrevistados, que se refere a uma vivência marcada por adversidades, incluindo falecimento dos pais, abuso sexual e violência familiar, relacionados a um contexto de vulnerabilidade ainda em início de vida. Os principais motivos apontados pelos participantes como causa da situação de rua foram os conflitos familiares e o abuso de drogas. Esses dados reforçam aspectos estabelecidos em literatura, que indicam um grande impacto dos conflitos familiares e da dependência química na ruptura com o núcleo familiar e estabelecimento da situação de rua(7). A condição de rua é resultado de processos multifatoriais complexos e determinada por uma estrutura social injusta. O próprio contexto de violência familiar é atravessado pela desigualdade social(31). As desigualdades socioeconômicas e a falha com direitos sociais básicos se associam a condições de vida precária que por sua vez refletem na experiência da violência(31). A exposição à violência durante a infância e adolescência, seja ela contra a própria criança ou o testemunho de conflitos entre os pais, têm consequências no desenvolvimento psicológico das mesmas e está associado ao abuso de substâncias, transtornos mentais e criminalidade na adolescência(32). Em um cenário de risco social, o enfraquecimento dos laços familiares parece ser o gatilho para a busca pela rua(7). No que tange ao abuso de substâncias, além de causa para situação de rua, é também fator que contribui para manutenção da condição, sendo uma barreira para acesso aos serviços de abrigos e albergues, por exemplo(7). A dependência química é um fenômeno complexo, e é comum que a adição se torne prioridade na vida dos que sofrem com o vício, e na conjuntura das ruas pode representar uma distração, um alívio emocional para a condição de miséria.

Os entrevistados apontam uma série de desafios que marcam o cotidiano nas ruas, entre eles a sensação de insegurança devido à exposição à violência, o estigma e a exclusão social(7,11). Os relatos de situações de violência são frequentes, incluindo a violência de gênero e violência sexual, que configura preocupação constante entre mulheres nessa condição(11). Um estudo qualitativo sobre o perfil da população em situação de rua em Porto Alegre reuniu relatos de experiências de violência policial, onde mais da metade da amostra afirmou ter sofrido algum tipo de violência, além de referirem medo de serem assassinados durante o sono(7). A experiência do preconceito se associa à estigmatização e exclusão social e pode ser definida como uma forma de violência psicológica, geralmente praticada por membros comuns da sociedade(7). As práticas discriminatórias se relacionam a um

imaginário social que associa pessoas em situação de rua a ideais de perigo, vadiagem, em sua maioria culpabilizando os mesmos pelo estabelecimento e manutenção da condição de rua por escolha. Essas vivências têm impactos negativos na saúde mental e autoestima e reforçam o cenário de isolamento e exclusão social(7).

Nesse cenário, a preocupação com aparência física comumente é adotada como estratégia para tentativa de mudanças de vida, acesso a oportunidades de emprego(12), assim como apontado pelos participantes do nosso estudo. A manutenção de uma rotina de autocuidado pode ter grande impacto na autoestima, entretanto, diversas são as barreiras para o acesso a recursos, como a ausência de banheiros públicos, que impossibilitam a satisfação de necessidades básicas(7), condição que afeta diretamente a dignidade humana. Em nossa amostra, composta por indivíduos que frequentam abrigo noturno, há o diferencial da possibilidade de manutenção de uma rotina básica de cuidados com higiene ao menos uma vez ao dia, incluindo fornecimento de insumos como escovas de dente, creme dental, lavagem de roupas e pertences pessoais. Ainda assim, há relatos de dificuldades para manutenção dos hábitos durante o período do dia em que estão nas ruas, o que aponta barreira ainda maior para os que não acessam esses serviços.

Os problemas de saúde bucal que afetam a população estudada também são reflexos das desigualdades injustas a que estão expostos. Além da vasta gama de problemas crônicos de saúde geral, a saúde bucal dessa população é especialmente afetada pelo contexto de ausência de moradia fixa, alimentação de qualidade e recursos para manutenção de hábitos de higiene bucal, além dos reflexos do abuso de substâncias na cavidade oral serem expressivos(12). Assim como em estudos prévios, nossa amostra apresentou uma autopercepção em saúde bucal negativa(26), onde as principais necessidades incluem tratamento para cárie dentária, doença periodontal e desejo de realizar extrações dentárias. A experiência de dor dentária foi relatada com frequência, assim como em literatura prévia(10), que aponta relatos de dor intensa e ocorrência de vários episódios ao longo da vida nesse grupo populacional. Essas condições parecem refletir de maneira importante na qualidade de vida dessa população, principalmente considerando o papel da saúde bucal na autoestima, nas relações interpessoais e acesso a oportunidades de trabalho(12). Outro ponto importante são os relatos de extrações dentárias e tratamentos invasivos para condições de urgência, também evidenciados pela literatura(25). Tendo em vista que tais condições de saúde bucal são amplamente evitáveis, a ocorrência de tratamentos mutiladores evidencia um perfil de atendimento oferecido e a não inclusão desse segmento populacional aos programas de promoção e prevenção em saúde. Nossos dados referentes às tentativas de resolução dos

quadros de dor de origem dentária por conta própria, assim como a busca por serviços odontológicos apenas em condições extremas, reforçam o quadro de exclusão dos serviços.

Apesar da implementação de políticas específicas para atendimento em saúde da população em situação de rua, as falas dos participantes reiteram que, na prática, o acesso ainda é limitado. A demora e a burocracia para conseguir atendimento estão entre as queixas principais, indicando desorganização dos serviços, que desconsideram especificidades deste grupo, como ausência de documentação e itinerismo. A atenção primária em saúde, como porta de entrada para os serviços e coordenadora do cuidado, é a principal responsável pelo cuidado da população em situação de rua no âmbito do SUS, tendo as eCR como articuladoras desse cuidado(6). Em alguns casos, as eCR contribuíram positivamente para ampliação do acesso aos serviços, à assistência social e para resolução de demandas em saúde dessa população(33). Outros casos, no entanto, corroboraram com nossos resultados(6), os quais apontaram que a inclusão das demandas desse grupo na organização e gestão dos serviços ainda está distante, apesar da implementação de eCR em Porto Alegre.

Este estudo ampliou a discussão sobre aspectos ainda pouco explorados na literatura, como o significado da saúde bucal para essa população, sua perspectiva sobre o processo saúde doença, causa das condições de saúde bucal e sugestões de melhorias nos serviços públicos de saúde. Os participantes associaram fortemente o conceito de saúde bucal a questões estéticas, que se associa ao papel social da saúde bucal, devido a sua influência na capacidade de se comunicar e se relacionar plenamente com seus pares. Para uma população que enfrenta perdas diárias, a reabilitação oral está associada à restauração da dignidade humana, e a perda dentária e ausência de um sorriso socialmente aceitável parecem afetar gravemente a autoconfiança, a competência social e as perspectivas de mudanças de vida(12). No que tange às causas das doenças bucais, os resultados destacaram aspectos comportamentais como a falta de cuidados com higiene bucal, tipo de alimentação e abuso de drogas para estabelecimento de uma condição de saúde bucal precária. O processo de adoecimento, entretanto, é influenciado por fatores individuais, como os comportamentais, mas também contextuais, já que estão atrelados a fatores socioeconômicos, políticos e culturais(1).

As análises evidenciam barreiras para o atendimento em saúde, as quais são responsáveis por agravar iniquidades em saúde. Além das melhorias propostas, como aumento do número de profissionais e recursos físicos capazes de atender à demanda populacional e aumento do número de vagas para atendimentos, as dificuldades relatadas pelos participantes revelam desafios mais complexos para o estabelecimento de práticas efetivas e criação de

vínculo com os serviços. Evidência sugere que a falta de acolhimento pelos profissionais de saúde bucal ou comportamentos percebidos como preconceituosos são grandes desestímulos à busca por atendimento(12). Esses comportamentos evidenciam a necessidade de ultrapassar barreiras de preconceito e estigma com relação à população em situação de rua por parte dos profissionais, o que só é possível a partir do reconhecimento da complexidade que envolve o estabelecimento da condição de rua, o cotidiano e as vivências dessa população e sua relação com o processo de adoecimento. Mais ainda, é necessário que os profissionais reconheçam o papel da saúde tanto na promoção de justiça social e redução das desigualdades quanto no agravamento do quadro de exclusão social, quando não cumprido o princípio de equidade. Somente a partir da ampla divulgação e do acesso a essas informações será possível uma reorganização dos serviços que possibilite a inserção deste grupo nas práticas de saúde e desenvolvimento de respostas específicas às demandas dessa população. Os resultados reforçaram o reconhecimento de barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal para pessoas em situação de rua, mesmo em um contexto com a presença de serviços de saúde gratuitos e, em teoria, especializados no atendimento dessa população. Mais pesquisas, no entanto, são necessárias para investigar propostas de reorganização dos serviços de saúde, estratégias de articulações intersetoriais, como com serviços de assistência social e os próprios abrigos e instituições de acolhimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui com dados importantes para a teoria referente à população de rua, principalmente quanto à importância da saúde bucal para essa população, sua relação com os serviços de saúde locais e barreiras de acesso para os mesmos. As histórias de vida dos participantes são marcadas por um contexto de vulnerabilidade social amplo. O cotidiano nas ruas é atravessado pela violência, insegurança e ausência de direitos sociais básicos. As principais razões para o estabelecimento da condição de rua para as pessoas entrevistadas neste estudo foram os conflitos familiares e o abuso de substâncias. A saúde bucal tem um papel importante na vida desses indivíduos, impactando na autoestima, autoconfiança e funções sociais. Condições precárias de saúde bucal dificultam o acesso a oportunidades de trabalho, sendo um fardo adicional que contribui para ampliação de desigualdades sociais. Existem diversas barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde bucal pela população em situação de rua, entre eles a manutenção de processos burocráticos e pouco flexíveis que não se adaptam às especificidades dessa população, longas filas de espera para atendimento e a falta de responsabilização dos profissionais por suas demandas em saúde, que junto a outros fatores, impede a criação de vínculo com os serviços. Em consequência, a ausência de referência para com os serviços resulta na busca por atendimentos de urgência que se associa a procedimentos invasivos, como extrações dentárias. A ocorrência de tratamentos invasivos e mutiladores destaca a urgência em reavaliar o perfil de atendimento ofertado. Por fim, os dados sugerem que, para esta população, apenas esperar que busquem os serviços não configura garantia de acesso.

## REFERÊNCIAS

1. Souza D de O, da Silva SEV, Silva N de O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social.” *Saúde e Soc.* 2013;22(1):44–56.
2. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in Access to Oral Health Care. *Annu Rev Public Heal.* 2020;41:513–35.
3. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010. *J Dent Res.* 2013 May 29;92(7):592–7.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Untreated Caries. *J Dent Res.* 2015 Mar 4;94(5):650–8.
5. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res.* 2015 Aug 28;94(10):1355–61.
6. Silva CC da, Cruz MM da, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate.* 2015 Dec 1;39(spe):246–56.
7. Pimenta MDM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civ - Rev Ciências Sociais.* 2019 Apr 8;19(1):82–104.
8. Story A. Slopes and cliffs in health inequalities: comparative morbidity of housed and homeless people. *Lancet.* 2013;382:s93.
9. Lawder JA de C, de Matos MA, de Souza JB, Freire M do CM. Impact of oral condition on the quality of life of homeless people. *Rev Saude Publica.* 2019 Feb 25;53(1).
10. Comassetto MO, Hugo FN, Neves M, Hilgert JB. Dental Pain in Homeless Adults in Porto Alegre, Brazil. *Int Dent J.* 2021 Jun 1;71(3):206–13.
11. Valle F, BF F, Carneiro Junior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde debate.* 2020;44(124):182–92.
12. Palma P, Nordenram G. The Perceptions of Homeless People in Stockholm Concerning Oral Health and Consequences of Dental Treatment: A Qualitative Study. *Spec Care Dent.* 2005;25(6):289–95.
13. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019 Jul 20;394(10194):249–60.
14. Janczura R. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos Context.* 2012;11(2):301–8.



15. Magalhães, Izabel; Martins, André Ricardo; De Melo Resende V. Análise de discurso crítica: um método de pesquisa qualitativa. SciELO-Editora UnB; 2017.
16. LOESCH C. Probabilidade e Estatística. Rio de Janeiro: LTC; 2012.
17. Santos M. O espaço do cidadão. 7th ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2007. 176 p.
18. Santos T. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. Sociologias. 2001;6:170-198.
19. Cabral Júnior L. Direito e população em situação de rua: limites e possibilidades emancipatórias na cidade do Rio Grande. Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Direito; 2017.
20. Brasil. Presidência da República. Decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua.
21. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. Br Dent J. 2007;202(12):E-31.
22. Rasanathan K, Montesinos E, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. J Epidemiol Community Heal. 2011;65:656–60.
23. Marmot M. Health in an unequal world:social circumstances, biology and disease. Clin Med. 2006;6(6):559–72.
24. Kyoung Hag L, Jung Sim J, Yi Jin K, Soonhee R, Sung Seek M, Ngoyi B, et al. Mental Health, Substance Abuse, and Suicide Among Homeless Adults. J EVIDENCE-INFORMED Soc Work. 2017;14(4):229–42.
25. Csikar J, Vinall-Collier K, Richemond JM, Talbot J, Serban ST, Douglas GVA. Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. Community Dent Heal. 2019;36(2):137–42.
26. Freire M, Lawder J, de Souza J, de Matos M. Satisfaction with oral health and associated factors among homeless people in Midwest Brazil. Oral Dis. 2022;28(7):2036–42.
27. Brasil. Presidência da República. Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011.
28. Andrade R de, Costa A, Sousa E, Rocon P. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2022;46(132):227–39.
29. Corbin JM, Strauss A. Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for

- Developing Grounded Theory. 4th ed. California: SAGE Publications; 2008. 456 p.
30. Fontanella B, José B, Ronis MJ. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Contribuições Psicanalíticas. *Psicol em Estud.* 2012;17(1):63–71.
  31. Macedo A, Paim J, Silva L, Costa M. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2001;35(6):515–22.
  32. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet.* 1999;4(1):109–21.
  33. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42:e170.

## APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E DE GRUPOS FOCAIS

### *Introdução e visão geral do estudo e etapas envolvidas*

- Obrigado por concordar em se envolver neste estudo.
- Apresentações pessoais da equipe de pesquisa.
- Recapitulando o objetivo do estudo e detalhes gerais.
- Recapitulação proposital e detalhes da entrevista / discussão - duram aprox. 45 min.
- Enfatize a confidencialidade do processo - nenhum nome ou informação de identificação pessoal a ser relatada.
- Enfatize o direito de retirar a qualquer momento.
- Peça permissão para gravar áudio / vídeo.
- Pergunte se há perguntas e se está tudo bem para continuar.

### **Pontos para entrevista**

#### *R: Abertura geral e 'aquecimento' - introduções*

1. Fale-me um pouco sobre você?
2. Há quanto tempo você mora nesta área - como é por aqui?
3. Por qual(is) motivos você acredita estar em situação de rua? (e como isso te afeta?)
4. Como você descreveria sua saúde - você está bem?

#### *B: Exploração da experiência pessoal de doenças bucais e seu impacto.*

5. Gostaria de saber mais sobre sua saúde bucal - seus dentes, gengivas e boca são saudáveis?
6. Como você se SENTE sobre a sua boca?
7. Você já teve algum problema específico com os dentes e a boca em algum momento de sua vida (incluindo a infância)?
8. Conte-me mais sobre esses problemas - como eles afetaram você?
9. Você pode descrever o que você acha que são sinais de uma boca saudável?
10. Qual a importância de seus dentes e boca para você?

#### *C: Explorar pontos de vista sobre as causas das doenças bucais e oportunidades de prevenção*

11. O que você acha que causa problemas nos dentes e na boca das pessoas?

#### *D: Exploração de experiência pessoal de uso de serviços odontológicos locais e barreiras de acesso*

12. Você já foi ao dentista? Se sim, conte-me mais sobre sua experiência ao visitar um dentista (inclua visitas recentes e visitas memoráveis, se houver).
13. Se você precisasse de atendimento HOJE, você conseguiria? (Se não, por que?)

#### *E: Exploração de pontos de vista sobre como melhorar os serviços odontológicos locais e como envolver a população local no desenvolvimento de futuros serviços odontológicos.*

16. Como podem ser melhorados os serviços odontológicos locais nesta área?
17. O que você diria se pudesse sugerir melhorias nos serviços de dentistas?

***F: Discurso de encerramento.***

Obrigado pelo seu tempo e comentários muito úteis. Verifique se esqueceu algo importante. Recapitule a confidencialidade e explique as próximas etapas. Fornecer ficha de informações de saúde bucal e / ou aconselhamento geral.

**Pontos para discussão em grupo**

***R: Abertura geral e 'aquecimento' - introduções***

1. Há quanto tempo vocês moram nesta área - como é por aqui?
2. Por qual(is) motivos você acredita estar em situação de rua?
3. O que vocês acreditam que é “ter saúde?”
4. Vocês se consideram saudáveis?

***B: Exploração da experiência pessoal de doenças bucais e seu impacto.***

5. O que vocês acreditam que é “ter saúde bucal/boca saudável?”
6. Como está a saúde da boca de vocês?
7. Qual a importância de seus dentes e boca?

***C: Explorar pontos de vista sobre as causas das doenças bucais e oportunidades de prevenção***

8. O que vocês acham que causa problemas nos dentes e na boca?
9. Se você pudesse dar um conselho sobre saúde bucal, o que você diria?

***D: Exploração de experiência pessoal de uso de serviços odontológicos locais e barreiras de acesso***

10. Gostaria de saber das experiências que vocês tiveram com dentistas ou com problemas odontológicos... tiveram experiências boas, ruins ou as duas?
11. O que vocês acham que mais influenciou na experiência que vocês tiveram?
12. Vocês acham que há barreiras/bloqueios para que vocês acessem os serviços de saúde odontológica?

***E: Exploração de pontos de vista sobre como melhorar os serviços odontológicos locais e como envolver a população local no desenvolvimento de futuros serviços odontológicos.***

16. O que vocês acham que pode melhorar nos serviços odontológicos?

***F: Discurso de encerramento.***

Obrigado pelo seu tempo e comentários muito úteis. Verifique se esqueceu algo importante. Recapitule a confidencialidade e explique as próximas etapas. Fornecer ficha de informações de saúde bucal e / ou aconselhamento geral.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

<p><b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p>Título do Projeto: As vozes não ouvidas em saúde bucal - Um Estudo Exploratório Qualitativo</p> <p>Nome dos pesquisadores e colaboradores:</p> <p>Prof. Roger Keller Celeste, Prof. Juliana Balbinot Hilgert, Prof. Renato José De Marchi, Dra. Mariél de Aquino Goulart, Dra, Marcela Obst Comasseto, Dr. Alexandre Baumgarten, Luísa Santini (Aluna de pós-graduação).</p>
<p><b>2. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</b></p> <p>Nome do Participante:</p>
<p><b>3. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b></p> <p>Nome: PROF. DR. ROGER KELLER CELESTE, MSC.,PHD.                      Telefone: (51) 3308 5015</p> <p>Profissão: Professor Universitário    E-mail: <a href="mailto:roger.keller@ufrgs.br">roger.keller@ufrgs.br</a></p> <p>Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2492, sala 301. Porto Alegre/RS-Brasil <b>CEP:</b> 90035-003</p>

Este termo é um convite a participar de um projeto que tem o objetivo de dar voz a grupos vulneráveis expressarem suas ideias, histórias de vida e experiências de saúde bucal. A participação é voluntária e não há pagamento para quem participar.

Para isso, é necessário que você converse com os pesquisadores por um período de uma hora, mais ou menos, junto com outros participantes em um grupo aqui no albergue Instituto Espirita Dias da Cruz. A sua voz (durante as conversas) será gravada para posteriormente ser ouvida e passada para o papel. Essa pesquisa tem o risco de gerar algum desconforto ou mal estar, por recordação de lembranças boas ou ruins. Nesse caso, você poderá parar sem nenhum problema, se quiser poderá falar com o pesquisador e teremos a assistência psicológica do albergue. Se houver algum dano decorrente da pesquisa o participante terá direito a indenização.

Este trabalho ajudará a compreender melhor as questões relacionadas a saúde bucal, especialmente no contexto das ruas e não terá benefícios diretos aos participantes. Dentre os temas serem conversados estão as experiências em ir ao dentista, como é a sua saúde bucal, e como é o contexto de morar na rua.

Os resultados serão avaliados e analisados pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e guardados junto ao Departamento de Odontologia Preventiva e Social por 5 anos, pelo menos, e os resultados dessa pesquisa serão divulgados aqui no albergue para que os participantes possam ver.

Considerando a necessidade de gravação de áudio, eu CEDO O DIREITO de uso de minha voz para os pesquisadores:

- 1- utilizarem e veicularem garantida a ocultação de identidade;
- 2- utilizarem a voz e transcrição na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis); na publicação de artigos científicos para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;
- 3- executarem livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

É vedado aos pesquisadores utilizar a voz dos participantes para fins comerciais ou diferentes da pesquisa proposta.

Após ler e receber esse convite para participação e explicações sobre a pesquisa, entendo que posso:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados a pesquisa. Para tanto, poderei consultar o **pesquisador responsável Prof. Roger Keller Celeste** (51) 99444-0048 usando as instalações do albergue como contato.
2. Em caso de dúvidas ou outros problemas poderei contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa pelo e-mail [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br) através do albergue;**
3. Retirar o consentimento a qualquer momento sem prejuízo para mim ou para o albergue;
4. Não ser identificado e ser mantido em segredo as informações das entrevistas. O nome dos participantes será alterado por números, por exemplo, Participante1;
5. Não ter despesa alguma com esta pesquisa;

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma comigo e outra com o pesquisador.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), órgãos colegiados, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. Os pesquisadores garantem de que as informações obtidas serão utilizadas somente conforme os objetivos propostos pela pesquisa.

Endereço do Conep: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3o andar - Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília (DF);

Telefone: (61) 3315-5877.

Horário de atendimento: 09h às 18h.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Pesquisador Responsável pelo Projeto**

---

**Participante ou responsável**

## APÊNDICE C – LISTA DE CÓDIGOS E CATEGORIAS

<b>Categorias</b>	<b>Códigos/conceitos</b>
<b>Situação de rua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causa da situação de rua</li> <li>Expectativas sociais</li> <li>Ausência de acesso à moradia</li> <li>Ausência de local adequado para morar</li> <li>Fuga de casa</li> <li>Vida desregrada</li> <li>Insucesso na adoção</li> </ul>
<b>História de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoção</li> <li>Desejo de mudar o passado</li> <li>Desejo de resolver os problemas pessoais</li> <li>Escolhas de vida</li> <li>Infância na rua</li> </ul>
<b>Contexto de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Julgamento da sociedade</li> <li>Ausência de moradia fixa</li> <li>Ausência de cuidados com higiene bucal</li> <li>Ausência de recursos básicos</li> <li>Ausência de rede de suporte</li> <li>Ausência de renda fixa</li> <li>Casamento</li> <li>Aquisição de bens</li> <li>Busca por mudança de vida</li> <li>Busca por abrigo</li> <li>Características raciais</li> <li>Desejo de mudar de vida</li> <li>Desejo de não se envolver com tráfico</li> <li>Histórico com tráfico de drogas</li> <li>Desejo de possuir casa</li> <li>Desejo de possuir emprego fixo</li> <li>Desejo de reconhecimento pela sociedade</li> <li>Doação de alimentos</li> <li>Doação de recursos para higiene bucal</li> <li>Estética e relações interpessoais</li> <li>Exclusão social</li> <li>Expectativa de ajuda de terceiros</li> <li>Marginalização</li> <li>Histórico profissional</li> <li>Insatisfação com condição de vida atual</li> <li>Instabilidade financeira</li> </ul>

**Relações familiares**

Agressão familiar  
 Briga familiar  
 Comparação com a família  
 Desapontamento dos pais  
 Desconhecimentos dos pais  
 Desejo de construir família  
 Desejo de conviver com a família  
 Diferentes expectativas de vida da família  
 Exclusão familiar  
 Mãe adotiva  
 Julgamento dos pais  
 Mau relacionamento com familiares

**Rede de apoio**

Amizades no abrigo  
 Morte de cônjuge  
 Morte dos pais

**Uso de substâncias**

Dependência química  
 Desejo de cessar uso de substâncias  
 Dificuldade para cessar uso de substâncias  
 Incômodo com uso de substâncias  
 Motivo para não cessar uso de substâncias  
 Motivo para não cessar uso do tabaco

**Saúde bucal**

Ausência de experiência de dor dentária  
 Experiência de dor dentária  
 Halitose  
 Cárie na infância  
 Histórico de necessidades dentárias  
 Histórico de tratamento odontológico  
 Incômodo com relação aos dentes  
 Medo de perder os dentes  
 Dentes quebrados  
 Doença cárie  
 Dor de dente

**Autopercepção em saúde bucal**

Desejo de cuidar da saúde bucal  
 Desejo de melhorar a saúde bucal



**Importância da saúde bucal**

Desconhecimento sobre necessidades em saúde bucal  
 Insatisfação com condição de saúde bucal  
 Expectativa sobre uma boa saúde bucal

Importância da estética

Importância da saúde bucal  
 Importância da boca e dentes

**Causa dos problemas de saúde bucal**

Autocuidado em saúde bucal  
 Causa da situação de saúde bucal  
 Causa dos problemas de saúde bucal  
 Conhecimento sobre etiologia das doenças bucais  
 Consequências do tabagismo na saúde bucal  
 Ensino sobre cuidados em saúde bucal pelos pais  
 Despreocupação com higiene bucal na infância  
 Falta de acesso a educação em saúde  
 Falta de cuidado em saúde bucal  
 Falta de recursos para higiene bucal  
 Falta de tempo para cuidar da higiene bucal  
 Impacto do uso de substâncias na saúde bucal

**Impacto das condições orais**

Dificuldade para comer  
 Relações interpessoais  
 Bem estar diário

**Acesso a serviços de saúde**

Acesso tardio  
 Desinteresse em acessar serviços de saúde  
 Desistência no tratamento devido a mau atendimento  
 Dificuldade para acessar serviços de saúde  
 Ausência de acesso  
 Condição para acesso a serviço de saúde bucal  
 Conhecimento sobre direitos a acesso aos serviços públicos de saúde

### **Uso dos serviços públicos de saúde**

Desconhecimento sobre serviços públicos de saúde bucal  
 Falta de acesso a serviços públicos de saúde bucal  
 Falta de poder aquisitivo para acessar serviços de saúde privados  
 Falta de acesso a serviços de saúde  
 Importância do acolhimento em saúde

Expectativa de resolutividade dos serviços  
 Conhecimento sobre serviços públicos de saúde bucal  
 Demanda exacerbada em saúde bucal  
 Demora no atendimento pelo SUS  
 Ineficiência do serviço público de saúde  
 Desejo de acessar serviço público de saúde bucal  
 Espera no atendimento em serviços públicos de saúde  
 Experiência ruim em atendimento de saúde pública  
 Falta de acesso a informação sobre atendimento em saúde bucal  
 Motivo para abstinência no serviço público de saúde bucal  
 Falta de acesso a serviços públicos de saúde  
 Falta de referência a serviços públicos de saúde  
 Falta de vínculo com serviços públicos de saúde bucal

### **Relação com atendimento em saúde bucal**

Ausência de experiência traumática  
 Boa experiência com atendimento  
 Busca por atendimento odontológico  
 Costume com atendimento odontológico  
 Vínculo com dentista  
 Desejo de iniciar tratamento odontológico  
 Dor durante procedimento odontológico  
 Dúvidas sobre serviços odontológicos no SUS  
 Expectativas em relação a

atendimento odontológico  
Experiência de acolhimento em  
atendimento com dentista  
Experiência em atendimentos  
de saúde bucal  
Insatisfação com atendimento  
odontológico  
Interrupção no tratamento  
odontológico  
Medo de dentista  
Medo de dentista na infância  
Medo de instrumentos  
odontológicos  
Motivo para abandonar tratamento

### **Melhorias nos serviços de saúde**

Ampliação no acesso aos serviços  
de saúde bucal  
Ampliação no tipo de serviço de  
saúde bucal disponíveis  
Aumento na oferta de serviços de  
saúde bucal  
Aumento no acesso a informação em  
saúde bucal  
Falta de profissionais em saúde bucal  
Fila de espera para atendimento  
em saúde  
Ideia de melhoria nos serviços  
públicos de saúde bucal

## ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As vozes não ouvidas em saúde bucal - Um Estudo Exploratório Qualitativo

**Pesquisador:** Roger Keller Celeste

**Área Temática:** A critério do CEP

**Versão:** 6

**CAAE:** 56320022.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.734.965

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1906547.pdf).

#### INTRODUÇÃO

As doenças bucais incluem uma série de condições que afetam a boca e os dentes, incluindo cárie dentária, doença periodontal (gengiva) e câncer de lábios e boca. Apesar de serem amplamente evitáveis, essas condições bucais estão entre as doenças mais comuns que afetam 3,5 bilhões de pessoas. As doenças bucais têm efeitos muito sérios na saúde e na sensação de bem-estar das pessoas, e os altos custos do tratamento odontológico muitas vezes podem ter um grande impacto econômico nos orçamentos familiares e nos sistemas de saúde. As doenças bucais são muito mais comuns entre os grupos sociais mais pobres e com menor escolaridade. Essas desigualdades injustas em saúde bucal são causadas por uma ampla gama de fatores comportamentais, comunitários e sociais mais amplos, muitas vezes além do controle direto dos indivíduos. Em muitas partes do mundo, a odontologia não está acessível ou disponível para muitos grupos desfavorecidos da sociedade. Em muitos países de renda baixa e média (LMICs), esse problema é particularmente aparente com a maioria dos dentistas que prestam serviços odontológicos a pacientes de classe média que vivem em áreas urbanas. Os grupos desfavorecidos

#### Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906547.pdf	10/10/2022 13:18:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice_1_TCLE.pdf	10/10/2022 13:17:59	Roger Keller Celeste	Aceito
Outros	resposta_CONEPv3.pdf	10/10/2022 13:17:22	Roger Keller Celeste	Aceito

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-040  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA **E-mail:** conep@saude.gov.br  
**Telefone:** (61)3315-5877

Página 13 de 14

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.734.965

Outros	resposta_CONEP_v2.pdf	08/09/2022 11:43:06	Roger Keller Celeste	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_homeless_Lancet.pdf	12/05/2022 11:31:14	Roger Keller Celeste	Aceito
Outros	resposta_CEP_UFRGS.pdf	07/04/2022 22:17:32	Roger Keller Celeste	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_conep.pdf	03/03/2022 11:09:10	Roger Keller Celeste	Aceito
Parecer Anterior	aprovacao_COMPRESQ_Odontologia.pdf	03/03/2022 09:36:49	Roger Keller Celeste	Aceito
Outros	apendice_3_roteiro_entrevista.pdf	02/03/2022 12:58:41	Roger Keller Celeste	Aceito
Declaração de concordância	anexo_1_carta_anuencia_IEDC.pdf	02/03/2022 12:58:02	Roger Keller Celeste	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado