


Artigo Original

**Percepção e Impacto em Saúde Bucal nas Atividades Diárias de uma População em Situação de Rua: Um estudo transversal**

Perception and Impact on Oral Health in the Daily Activities of a Homeless Population: a cross-sectional study

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i3.6796>

Amanda Meira Saraiva<sup>1</sup>, Fernanda Midori Tsuzuki<sup>1</sup>,  
Cristiane Muller Calazans<sup>1</sup>, Ana Lúcia Rodrigues<sup>1</sup>,  
Najara Barbosa da Rocha<sup>2\*</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** A compreensão da população em situação de rua (PSR) sobre sua saúde bucal pode contribuir para planejamento de ações para atenção odontológica. **Objetivo:** Avaliar perfil sociodemográfico, percepção e impacto da saúde bucal nas atividades diárias (ISBAD) de uma PSR. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo realizado com PSR de um município do noroeste do Paraná-Brasil. Foram realizadas entrevistas em 117 indivíduos utilizando questionário quanti-qualitativo com variáveis demográficas e saúde bucal. Análises bivariadas foram realizadas com teste Qui-quadrado, nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria era do gênero masculino (92,3%), com média de 35,8 anos, sem companheira (75,2%), com até 8 anos de escolaridade (66,7%), pele não-branca (61,5%) e renda média diária de até 30 reais (38,5%). Grande parte relatou não ter profissão (81,2%) e estar na rua há mais de 2 anos (54,7%).

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais

**\*Autor Correspondente:** Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, R. Prof. Moacir Gomes de Freitas, 688 - Pampulha, Belo Horizonte – MG, Brasil. CEP: 31270-901.  
**E-mail:** najara.rocha@gmail.com

Submetido: 13/04/2020

Aceito: 05/05/2020

A maioria alegou problemas na boca nos últimos 6 meses (45,3%) e 72,6% da PSR tiveram ISBAD negativo, resultando associação estatisticamente significativa ( $p=0,0089$ ). **Conclusão:** Os resultados traçaram perfil e percepção de problemas bucais que impactaram negativamente nas suas atividades diárias, evidenciando a importância de considerar aspectos subjetivos na atenção odontológica da PSR para planejamento de ações de promoção e proteção da saúde bucal.

**Palavras-chave:** Pessoas em Situação de Rua; Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Populações Vulneráveis; Odontologia.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The understanding of the homeless population (HP) about their oral health can contribute to the planning of dental care actions. **Objective:** To evaluate sociodemographic profile, perception and impact of oral health on daily activities (OHDA) of an HP. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, retrospective study conducted with HP in a municipality in northwestern Paraná-Brazil. Interviews were conducted on 117 individuals using a quantitative and qualitative questionnaire with demographic and oral health variables. Bivariate analyzes were performed with Chi-square test at a significance level of 5%. **Results:** Most were male (92.3%), with an average of 35.8 years, without a partner (75.2%), with up to 8 years of schooling (66.7%), non-white skin (61.5%) and average daily income of up to 30 reais (38.5%). Most reported not having a profession (81.2%) and being on the street for more than 2 years (54.7%). Most reported mouth problems in the last 6 months (45.3%) and 72.6% of

HP had negative OHDA, resulting in a statistically significant association ( $p = 0.0089$ ). **Conclusion:** The results outlined the profile and perception of oral problems that negatively impacted their daily activities, highlighting the importance of considering subjective aspects in the dental care of the HP to plan oral health promotion and protection actions.

**Keywords:** Homeless Persons; Oral Health; Quality of Life; Vulnerable Populations; Dentistry.

## INTRODUÇÃO

A PSR (população em situação de rua) é definida como um grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, condição social excludente, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional regular<sup>1</sup>. Esse grupo social vem crescendo nos últimos anos no Brasil, tem uma situação complexa<sup>2</sup> que envolve baixa oferta de habitação com alojamento em locais desprovidos de cuidado, limitado acesso à saúde e cuidado pessoal, nutrição inadequada, estresse, consumo de substâncias químicas, distúrbios psicológicos, entre outros<sup>3</sup>, tornando esta população mais vulnerável a doenças<sup>4</sup>.

O Brasil não conta com dados do censo demográfico do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em relação ao número de PSR, pois só é aplicado às pessoas que possuem residência fixa<sup>5</sup>. Uma estimativa do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), de 2016, mostra que havia 101.854 PSR no país, sendo que 77,02% habitavam municípios de grande porte, porém este estudo não é capaz de informar estimativas precisas para cada município. No ano de 2007 foi realizado um censo voltado a PSR com 71 municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes, identificando 31.922 pessoas vivendo em situação de rua. Apesar de tal censo não abordar a PSR total brasileira e ser relativamente antigo, é ainda referência para conhecer as características dessa população<sup>6</sup>.

A base alimentar da PSR, proveniente de sobras, é considerada pobre, em proteínas, deficiente em minerais e vitaminas, tende a uma dieta rica em carboidratos, por serem alimentos mais baratos e acessíveis. Os carboidratos utilizados com frequência agravam o desenvolvimento da cárie dentária<sup>7</sup>. Vale ressaltar

que o acesso restrito da PSR e baixa renda diminuem a aquisição de condições básicas para sobrevivência, tais como objetos fundamentais para os hábitos de saúde e higiene.

A literatura científica sobre a condição de saúde bucal da PSR no Brasil é escassa<sup>2,8,9</sup>, sendo que a que foi realizada aponta que a saúde bucal (SB) é precária nesta população<sup>2,10</sup>.

A compreensão da abordagem da PSR em relação à saúde Bucal pode contribuir para o planejamento de ações de promoção, prevenção em saúde bucal e tratamento odontológico desta parcela populacional. Se indicadores subjetivos como qualidade de vida e autopercepção da saúde bucal fossem considerados no diagnóstico, a necessidade de tratamento poderia ser estabelecida de forma mais fidedigna e critérios de avaliação poderiam ser mais realistas<sup>11</sup>. Com a escassez de estudos científicos, faz-se necessário entender as particularidades do processo saúde-doença, principalmente em relação aos fatores subjetivos, para que a equipe odontológica tenha resultados satisfatórios e resolutivos na atenção integral a saúde bucal desta população. O uso desses indicadores tem sido crescente, mas os estudos com grupos sociais vulneráveis ainda são escassos, em particular com a PSR<sup>2</sup>. Por isso, objetivou-se avaliar o perfil sociodemográfico, percepção e ISBAD (impacto da saúde bucal nas atividades diárias) de uma população em situação de rua.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

### Amostragem

Para a realização do estudo, a amostra por conveniência foi composta por 117 moradores de rua de ambos os gêneros, com idade superior a 18 anos, que foram entrevistados do período de novembro de 2016 que estavam nas ruas ou em Instituições de apoio à PSR da cidade do norte do Paraná, Brasil.

### Locais de estudo

A ausência de residência fixa dificultou o acesso e realização de pesquisas voltadas para

este grupo<sup>2,6</sup>, por isso toda cidade foi mapeada, localizando áreas de concentração da PSR com auxílio da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SASC), bem como todas as instituições de acolhimento a esta população foram visitadas.

### **Crítérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão foram considerados: adultos (18 anos ou mais), PSR que já viveram na rua e atualmente vivem em casas de acolhimento ou atuais moradores de rua, que permitiram a realização da entrevista e aptos para responder. Os indivíduos foram informados que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento e que não eram obrigados a responderem. Foram excluídos os indivíduos que se recusaram a participar e pessoas portadoras de distúrbios cognitivos e/ou psicológicos (n=27).

### **Treinamento e calibração da equipe**

As equipes de campo eram formadas por examinador e anotador. A coleta recebeu auxílio de funcionários da prefeitura responsáveis pela abordagem da PSR. Essas equipes foram treinadas em oficinas de trabalho com duração de 12 horas para discutir a operacionalização do trabalho, compreender atribuições e assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos. A equipe completa foi de 26 pesquisadores, sendo que foram divididos em duas equipes para as oficinas. A calibração envolveu 8 horas de trabalho divididos em 2 períodos, contemplando aspectos teóricos e práticos do instrumento de coleta de dados e sua abordagem. Após esta etapa, foi realizado estudo piloto e para calibração, adotou-se o consenso (teste Kappa 0,73).

A equipe se deslocava pela cidade com carros de apoio fornecidos pela Universidade e os sujeitos que necessitavam de algum de atenção médica ou odontológica foram encaminhados para Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) do Município de Maringá-PR.

### **Coleta de dados**

O questionário foi composto por questões fechadas, estruturado com dados socioeconômicos e relacionados à saúde bucal como frequência de escovação dentária, higienização, satisfação com sorriso, percepção sobre saúde bucal e ISBAD.

### **Variáveis do estudo**

As variáveis desfecho foram o ISBAD e percepção de problemas bucais.

O ISBAD foi avaliado pelo instrumento *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP). O instrumento consiste em nove questões de performances de execução diária: comer, falar, higiene bucal, relaxamento, prática esportiva, sorriso, estudo e trabalho, contato social e sono. Para PSR foram retiradas duas variáveis, pois todos entrevistados não responderam estas questões no estudo piloto. Cada item foi precedido da pergunta "Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causa dos pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr.(a), nos últimos seis meses?". As opções de respostas foram: não, sim e não sabe ou não quis responder. O ISBAD foi dicotomizado: com e sem impacto, sendo caracterizada a presença de impacto se tiver resposta "sim" em pelo menos uma questão<sup>13</sup>. A presença de problemas bucais nos últimos seis meses foi questionada obtendo a resposta afirmativa ou negativa.

As variáveis independentes foram: Idade (de 18 a 44 e 44 anos ou mais); Gênero (Masculino; Feminino); União Estável (Sim; Não); Escolaridade (Até 8 anos de estudo; Mais de 8 anos); Cor de pele (Branca; Não branca); Renda familiar (Até 30 reais por dia; 30 a 50; 50 reais ou mais); Possui profissão (Sim; Não); Tempo em situação de rua (Até 2 anos; Mais de 2 anos); Número de refeições por dia (Até 1 refeição; 2 a 3; 4 ou mais refeições); Presença de problemas sistêmicos (sim ou não); Consumo de substâncias psicoativas (sim ou não); Satisfação sobre saúde bucal (satisfeito, insatisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, não respondeu); Cuidados com saúde bucal (Sim; Não); Procura por atendimento odontológico (Sim; Não).

Este estudo estava inserido em um projeto maior intitulado "Pessoas em situação de rua de Maringá: Desconstruindo a invisibilidade", a fim de caracterizar e quantificar a PSR neste município, objetivando-se desenvolver políticas públicas.

### **Análise dos dados**

Os dados foram digitados em banco de dados e analisados pelo software SPSS. Foram realizadas análises bivariadas com o teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 5%.

## Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE 02126916.8.0000.0104) e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado.

## RESULTADOS

Do total de 117 indivíduos, a média de idade foi 35,8 ( $\pm 11,2$ ) anos, gênero masculino (92,3%), sem companheira (75,2%), com até 8 anos de escolaridade (66,7%), cor de pele não-branca (61,5%) e renda média de até 30 reais por dia (38,5%). Grande parte dessa população relatou não ter profissão (81,2%), estar em situação de rua mais de 2 anos (54,7%) e se alimentavam de duas a três vezes por dia (41,9%).

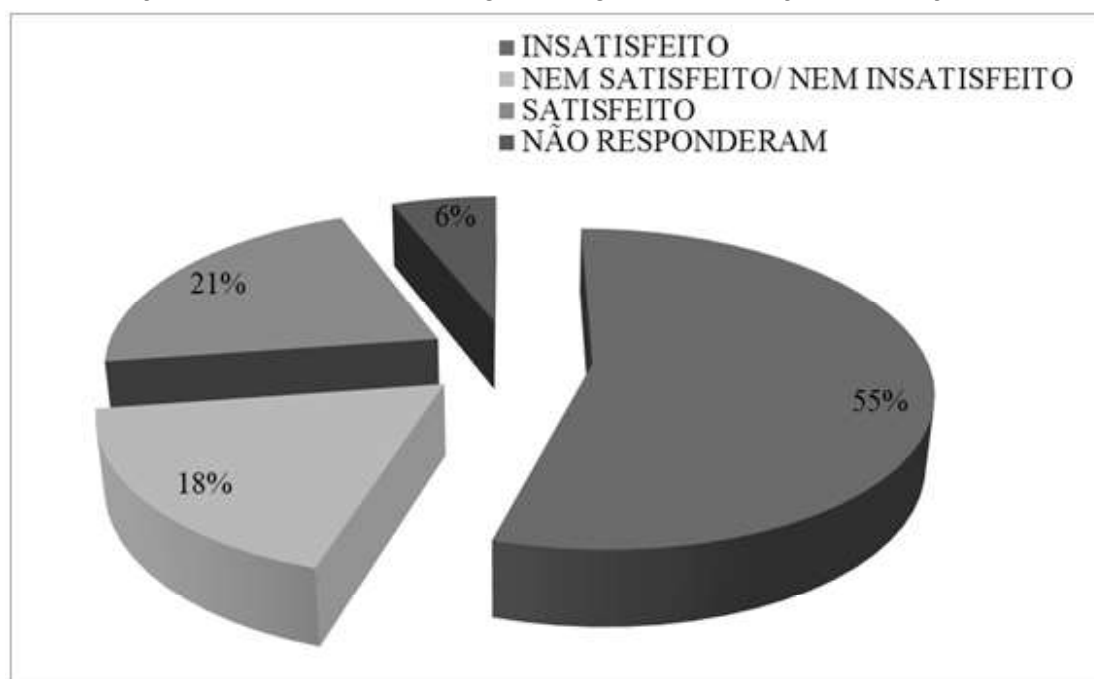
Natabela 1, notou-se que PSR com cor de pele não branca esteve associada significativamente com ISBAD negativo ( $p < 0,0001$ ) e problemas bucais ( $p < 0,0001$ ). O número de refeições diárias

obtida pela PSR também foi outro fator relevante, pois houve associação estatística entre menor número de refeições diárias e presença de problemas bucais ( $p = 0,05$ ).

Foi encontrada nesta população alta taxa de consumidores de substâncias químicas: álcool (67,5%), cigarro (56,4%) e crack (43,6%). A maioria alegou que possuía problemas de saúde (54,7%), contra 45,3% que não possuíam.

Quando questionados sobre como se sentiam em relação a sua saúde bucal, a maioria 55% se mostrava insatisfeito (gráfico 1). Os resultados mostraram que 79,5% dos respondentes apresentavam algum cuidado com saúde bucal, porém grande parte (45,3%) da PSR alegou problemas na boca nos últimos seis meses, sendo que destes, 20,7% não procuraram por atendimento odontológico (tabela 2). Os que buscaram, foram nas Unidades Básicas de Saúde (40,8%), outros (28,6%), Universidade (16,3%), pronto atendimento (8,2%) e dentista particular (6,1%).

**Gráfico 1.** Distribuição percentual da PSR, segundo o grau de satisfação em relação à sua saúde bucal.



**Tabela 1.** Distribuição numérica e percentual das características da PSR.

Características	Teve ISBAD				p	Teve problema de saúde bucal				p
	Sim		Não			Sim		Não		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Idade*</b>										
18 a 44 anos	60	57,1	20	19,0	0,26	36	34,0	45	42,4	0,65
45 anos ou mais	22	21,0	3	2,9		13	12,3	12	11,3	
<b>Gênero*</b>										
Masculino	78	71,5	22	20,2	0,97	47	42,7	54	49,1	0,31
Feminino	7	6,4	2	1,9		6	5,5	3	2,7	
<b>União estável*</b>										
Sim	19	17,4	7	6,4	0,58	17	15,4	9	8,2	0,07
Não	66	60,6	17	15,6		36	32,7	48	43,7	
<b>Escolaridade*</b>										
Até 8 anos	55	50,5	18	16,5	0,46	34	31,5	38	35,2	0,68
Mais de 8 anos	30	27,5	6	5,5		19	17,6	17	15,7	
<b>Cor de pele*</b>										
Não Branca	55	51,4	15	14,1	<0,0001	26	24,3	44	41,2	<0,0001
Branca	8	7,4	29	27,1		26	24,3	11	10,2	
<b>Renda familiar*</b>										
Até 30 reais	34	36,6	8	8,6	0,99	18	19,4	25	26,9	0,50
30 a 50 reais	13	14,0	3	3,2		9	9,7	7	7,4	
50 reais ou mais	28	30,1	7	7,5		18	19,4	16	17,2	
<b>Possui profissão*</b>										
Não	69	63,3	17	15,6	0,39	39	35,5	48	43,6	0,24
Sim	16	14,7	7	6,4		14	12,7	9	8,2	
<b>Tempo em situação de rua*</b>										
Até 2 anos	31	30,7	11	10,9	0,68	20	19,6	22	21,6	0,69
Mais de 2 anos	47	46,5	12	11,9		31	30,4	29	28,4	
<b>Nº de refeições/dia*</b>										
Até 1 refeição/dia	24	22,6	5	4,7	0,78	19	17,6	10	9,3	0,05
2 a 3 refeições/dia	37	34,9	11	10,4		18	16,7	30	27,8	
4 ou mais refeições/dia	22	20,8	7	6,6		15	13,9	16	14,7	

\*Alguns participantes não souberam ou não responderam a estas questões

**Tabela 2.** Distribuição numérica e percentual da população PSR, segundo os questionamentos sobre saúde bucal.

Questões	Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Teve algum problema na boca nos últimos 6 meses?	53	45,3	57	48,7	7	6,0
Se sim, procurou atendimento odontológico? *	39	73,6	11	20,7	3	5,7
Você tem cuidado com sua saúde bucal? *	93	79,5	11	9,4	13	11,1

\*Alguns participantes não souberam ou não responderam a estas questões

Sobre a escovação, 71,8% realizavam escovação diariamente, 8,5% nunca, 7,7% fazia três vezes por semana, 4,3% realizavam raramente e 7,7% não responderam. A maioria respondeu que fazia higienização com escova e pasta dental (71,8%), 4,3% faziam apenas com escova, 3,4% utilizavam bochecho com água, 4,3% afirmaram que utilizavam outros métodos e 16,2% não responderam.

O ISBAD foi avaliado na tabela 3. O questionamento que obteve maior número de

respostas positivas foi: dificuldade de comer (45,3%), vergonha de sorrir (42,7%) e que os dentes incomodavam na higienização bucal (34,2%). Do total de entrevistados (n=117), 72,6% tiveram algum ISBAD, ou seja, respondeu de forma afirmativa pelo menos uma das questões realizadas. De acordo com a tabela 4, das 76 pessoas que tiveram ISBAD negativo, 42 tinham problemas bucais, sendo que essa associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 3.** Distribuição numérica e percentual da população em situação de rua, segundo os questionamentos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Dimensão de saúde bucal	Sim		Não		Não sabe		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comer	53	45,3	55	47,0	1	0,9	8	6,8
Higiene Bucal	40	34,2	67	57,3	2	1,7	8	6,8
Falar	27	23,1	81	69,2	1	0,9	8	6,8
Sorriso	50	42,7	58	49,6	0	0	9	7,7
Relaxamento	48	41	57	48,8	2	1,7	10	8,5
Trabalho	23	19,6	82	70,1	3	2,6	9	7,7
Contato social	31	26,5	77	65,8	0	0	9	7,7
Teve algum ISBAD	85	72,6	24	20,6	-	-	8	6,8

**Tabela 4.** Distribuição numérica e percentual da associação entre as variáveis do estudo.

Teve ISBAD	Apresentou problemas bucais				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sim	42	35,8	31	26,4	<0,0001
Não	6	5,1	18	15,4	

## DISCUSSÃO

Neste estudo foi traçado o perfil sociodemográfico, percepção e ISBAD de uma PSR, que verificou a presença de problemas dentários e impacto negativo da saúde bucal nas atividades diárias desta população, interferindo em sua qualidade de vida.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado, pois a aplicação verbal de questionários é uma maneira apropriada para obtenção de informações na PSR que tem uma taxa considerável de indivíduos com baixa alfabetização e dificuldade de concentração<sup>12,13,14</sup>.

A maioria da população deste estudo era do gênero masculino<sup>2,3,14,15,16</sup>, cor de pele não branca<sup>2,16</sup>, média de idade encontrada de 35,8 ( $\pm 11,2$ ) anos<sup>3,16,17</sup>. Não se sabe afirmar ao certo o que leva homens, com cor de pele predominantemente não branca e jovens a procurar às ruas como abrigo, porém é certo afirmar que este fato está fortemente ligado ao fator econômico e exclusão social<sup>18</sup>.

Os resultados sugerem que maior atenção deve ser dada para a PSR de cor de pele não-branca e moradores que ingerem menos refeições por dia. Tais evidências podem embasar estratégias para o planejamento de ações e políticas públicas para a melhoria da condição de saúde bucal desta população e conseqüentemente, sua qualidade de vida. A baixa ingestão de alimentos ricos em nutrientes aumenta o risco de diversas doenças, por meio de efeitos inflamatórios no organismo, podendo estar associada à maior presença de problemas bucais, como perda dentária e doença periodontal, afetando negativamente a qualidade de vida<sup>4</sup>.

Foi encontrada na PSR uma taxa significativa de consumidores de substâncias químicas. O consumo destas substâncias é um fator crucial que leva esses indivíduos às ruas, sendo que este consumo pode se agravar devido às condições de vulnerabilidade<sup>18</sup>.

Há escassez de pesquisas nacionais que estudem a PSR seja relacionado à saúde geral, ou saúde bucal, principalmente quando o foco é percepção sobre SB e ISBAD desta população. No estudo mais recente<sup>2</sup>, 81,9% da PSR teve pelo menos um desempenho diário afetado por problemas bucais, bem como o índice de dentes cariados perdidos ou obturados (CPOD) médio foi

14,4. No estudo realizado em 2016<sup>12</sup>, encontrou-se que 66% dos indivíduos questionados relataram ter algum problema com seus dentes e concluíram que há existência de impacto negativo da SB na qualidade de vida (78%). Por fim no estudo realizado em 2008<sup>13</sup>, foi visto que a condição de saúde bucal encontrada entre a PSR era precária, com CPOD médio de 16,3.

No panorama mundial também há poucos trabalhos. Foram encontrados estudos sobre a temática estudada, avaliando a condição de saúde bucal<sup>13,14,19,20,21,22</sup>, autopercepção da saúde bucal<sup>23,24,25</sup> e seu impacto na qualidade de vida<sup>3,4,12,15,26,27</sup>.

No presente estudo, 45,3% da PSR alegaram problemas na boca nos últimos seis meses, concordando com outros estudos<sup>2,9,10,12,13,14,21,25</sup> que mostram que a PSR tem alta frequência de problemas de saúde bucal.

A pesquisa de Silveira e Stanke, em 2008<sup>10</sup> revelou que hábitos de higiene bucal entre a PSR costumam ser negligenciados, visto que a escovação dental ocorre raramente nesta população. Neste estudo, muitos indivíduos (71,8%) alegaram fazer higienização por meio da escovação diária, porém verificando que a maioria da PSR apresentava problemas bucais. Este quadro salienta que os mesmos podem ter respondido esta questão de maneira equivocada ou que lhes parecia ideal, talvez por receio de julgamentos<sup>28</sup>.

Um aspecto a ser considerado é a percepção de saúde dessa população e qual importância dada aos cuidados que necessitam, pois quando estão expostas diariamente a diversas situações de vulnerabilidade, as questões relacionadas à manutenção e recuperação da saúde acabam tendo menor valor<sup>9</sup>. Neste estudo, uma parcela considerável alegou que apresentaram problemas de saúde bucal (45,3%), sendo que 55% dos moradores também estavam insatisfeitos.

Quando se são levados em consideração indicadores como qualidade de vida e autopercepção da saúde bucal no diagnóstico, pode-se obter critérios de avaliação mais realistas<sup>29</sup>. Pode-se enfatizar ainda, que a saúde bucal está inserida no contexto da saúde geral e neste estudo foi possível notar a influência da condição bucal na qualidade de vida desta população, sendo que 72,6% do grupo estudado tiveram algum ISBAD negativo. Sobre o ISBAD, as atividades com maior prevalência de impacto

foram dificuldade de comer<sup>2</sup>, vergonha ao sorrir ou falar<sup>2,30</sup> e a irritabilidade e nervosismo sentido pela situação dos dentes<sup>30</sup>. Vale ressaltar que a pesquisa realizada com a população nacional sobre saúde bucal, na qual avaliaram o ISBAD, na população de adultos de 35 a 44 anos, o resultado foi que 54,9% tiveram algum impacto negativo<sup>31</sup> valor inferior ao verificado neste estudo. Uma explicação pode estar relacionada com fatores produzidos pelo ambiente desafiador em que vivem, seja por meio de desafios financeiros, sociais, psicológicos e de saúde, ou até mesmo devido à ausência de tratamento odontológico que gera dor e constrangimento<sup>3,4</sup>. No cenário mundial, os índices de impacto negativo variam de 52 a 88%<sup>3,4,12,13,15,25,30</sup>.

A porta preferencial de entrada da PSR se deu pela atenção básica por meio das UBS (29). Porém, ainda se nota PSR que procuram por serviços de urgência e emergência, pois condições crônicas não cuidadas acabam se tornando quadros agudos, indicando falta de procedimentos preventivos<sup>23</sup>. Estes resultados direcionam que a promoção de saúde bucal na PSR se encontra excluída, sendo necessário investir em prevenção de saúde bucal e tratamento odontológico mais acessível a esta população vulnerável.

É necessário dar maior visibilidade a PSR, desenvolvendo um acolhimento que inclua escuta ativa, que promova uma relação de troca entre usuário e profissional de saúde, estabelecendo um vínculo de segurança entre ambos, que contribui para o tratamento e reconhece o usuário como protagonista do processo saúde-doença, buscando dar respostas às suas necessidades, respeitando suas singularidades<sup>32,33</sup>. Ademais, alguns profissionais possuem preconceito e falta de capacitação, sendo assim, os profissionais devem estar treinados e atentos aos determinantes de saúde relacionados à vida na rua. O Manual do Cuidado da PSR<sup>34</sup> cita que saúde bucal deve ser uma das prioridades. São necessários projetos e campanhas para avaliar e melhorar a atenção odontológica dessa população, para que seja possível promover auxílio ao invés de marginalizá-los. Os serviços odontológicos oferecidos de maneira mais flexível promovem aceitação nesta população que geralmente tem dificuldade em encontrar acesso a serviços odontológicos<sup>32</sup>.

Os resultados deste estudo foram significativos, porém devem-se ressaltar algumas

limitações como o desenho do estudo que é transversal, podendo haver alguns vieses como de memória ou deseabilidade social e não conseguir fornecer maior evidência nos resultados, havendo a necessidade de realização de estudos longitudinais. Outra limitação seria o tipo de coleta de dados, que por ser entrevista estruturada, engessa respostas dos sujeitos da pesquisa. A falta de exame clínico desta população também foi uma restrição, sendo que nos próximos estudos esta avaliação deve ser inserida. A escolha pela amostra de conveniência é justificada, pois os indivíduos dessa pesquisa foram os que estavam disponíveis, não porque foram selecionados por meio de um critério estatístico, sendo que todos locais que tinham PSR foram traçados e visitados no município.

## CONCLUSÃO

Nota-se que a condição de saúde bucal encontrada nessa população é prejudicada, sugerindo que exclusão social interfere em diversos fatores relacionados à qualidade de vida deste grupo.

Os resultados traçaram o perfil sociodemográfico da população em situação de rua, com significativa presença de problemas bucais que impactaram negativamente nas suas atividades diárias, influenciando sua qualidade de vida. Os resultados sugerem que maior atenção deve ser dada para os sujeitos em situação de rua de cor de pele não-branca e que ingerem menos refeições por dia.

Evidencia-se que ações curativas e preventivas de atenção odontológica devem ser priorizadas nesta população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009.
2. Lawder JAC, Matos MA, Souza JB, Freire MCM. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. Rev Saúde Públ. 2019;53(22):1-0.
3. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. Community Dent Oral Epidemiol 2010;38(2):136-44.



4. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in na urban homeless population. *Aust Dent J.* 2014;59(2):234-9.
5. Brasil. IPEA. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília, 2016.
6. Brasil. Rua: Aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2009.
7. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Pan American J Public Health* 2006;19(6):385-393.
8. Segatto TD, Araújo LB, Rodrigues RPCB. Percepção de ex-moradores de rua sobre sua qualidade de vida. *FOL-Unimep* 2016;26(2):25-34.
9. Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciênc Cognição* 2008;13(1):02-11.
10. Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABVL. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão *Cad. Saúde Colet.* 2018;26(3):285-291.
11. Moimaz SA, Rocha NB, Garbin AJ, Garbin CA, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam.* 2016;29(2):186-193.
12. Conte M. Oral health, related behaviors and oral health impacts among homeless adults. *J Public Health Dent.* 2006;66(4):276-8.
13. Luo Y, Mcgrath C. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dentist* 2006;26(4):150-154.
14. De Pereira M, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adult sfrom Porto, Portugal. *Oral Health Prev Dent* 2014;12(2):109-16.
15. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *Br Dent J.* 2007;202(12):E31.
16. Lashley M. Promoting Oral Health Among the Inner City Homeless: A Community-Academic Partnership. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):367-379.
17. De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist* 2005;25(6):289-95.
18. Bottil NCL, Castro C, Ferreira M, Silva AK, Oliveira L, Castro AC, et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. *Cad Bras Saúde Mental* 2009;1(2):162-175.
19. Hill KB, Rimington D. Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Prim Health Care Res.* 2011;12(2):135-44.
20. De Palma P. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand.* 2005;63(1):50-5.
21. Figueiredo RL, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent* 2013;73(1):74-8.
22. Sfeatcu R. Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *J Med Life* 2011;4(2):168-71.
23. Seirawan H. The oral health conditions of the homeless in downtown Los Angeles. *J Calif Dent Assoc* 2010;38(9):681-8.
24. Parker EJ, Jamieson LM, Steffens MA, Cathro P, Logan RM. Self-reported oral health of a metropolitan homeless population in Australia: comparisons with population-level data. *Aust Dent J* 2011;56(3):272-7.
25. Gibson G, Reifenhahl EF, Wehler CJ, Rich SE, Kressin NR, King TB, et al. Dental treatment improves self-rated oral health in homeless veterans - a brief communication. *J Public Health Dent* 2008;68(2):111-5.
26. Luo Y, Mcgrath C. Oral health and its impact on the life quality of homeless people in Hong Kong. *Community Dent Health* 2008;25(3):137-42.
27. Gibson G, Rosenheck R, Tullner JB, Grimes RM, Seibyl CL, Rivera-Torres A, et al. A national survey of the oral health status of homeless veterans. *J Public Health Dent* 2003;63(1):30-7.
28. Rocha NB, Moimaz SAS, Garbin AJI, Saliba O, Garbin CAS. Relationship between Perception of Oral Health, Clinical Conditions and Socio-Behavioral Factors of Mother-Child. *Braz Res Ped Dent Integrated Clinic* 2015;15(1):113-121.
29. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2017.
30. Richards W, Keauffling J. Homeless Who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. *Prim Dent Care* 2009;16(3):94-98.

31. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília:Ministério da Saúde, 2012.
32. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad Saúde Pública 2015;31(7):1497-1504.
33. Biffi D, Nasi C. Satisfação dos Usuários com o Tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano 2016;4(2): 43-50.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília:Ministério da Saúde, 2012.