

A atuação do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal da população em situação de rua: desafios e estratégias no sistema único de saúde

*Sancleyton Calixto Lima*¹

Resumo: A população em situação de rua apresenta importantes vulnerabilidades sociais que interferem diretamente nas condições de saúde e dificultam o acesso aos serviços odontológicos. Nesse contexto, a atuação do cirurgião-dentista no âmbito do Sistema Único de Saúde torna-se fundamental para a promoção do cuidado integral e a redução das desigualdades em saúde bucal. O presente estudo tem como objetivo discutir a atuação do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal da população em situação de rua, analisando os principais desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde e as estratégias desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio das equipes de Consultório na Rua. Trata-se de uma revisão de literatura sobre a atuação do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal da população em situação de rua, contemplando produções científicas e documentos relacionados à saúde coletiva e às políticas públicas de saúde. O estudo aborda aspectos relacionados às políticas públicas de saúde, aos princípios do Sistema Único de Saúde, à organização do Consultório na Rua e à inserção da saúde bucal nas equipes multiprofissionais. Além disso, discute o papel do cirurgião-dentista nas ações de manejo clínico, promoção da saúde, redução de danos e trabalho interprofissional, bem como a importância da formação humanística e da educação permanente para a qualificação das práticas de cuidado. Assim, a efetivação do direito à saúde bucal da população em situação de rua depende não apenas da existência de políticas públicas, mas também do desenvolvimento de estratégias de cuidado comprometidas com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e humanização. Nesse contexto, o cirurgião-dentista assume papel estratégico na construção de práticas de cuidado mais acolhedoras e inclusivas, contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para o fortalecimento da cidadania da população em situação de rua.

¹ Graduando do curso de Odontologia da Faculdade Minas Gerais (FAMIG).

Palavras-chave: população em situação de rua; saúde bucal; saúde coletiva; consultório na rua; sistema único de saúde.

The role of the dental surgeon in the oral health care of the homeless population: challenges and strategies within the brazilian unified health system

Abstract: The homeless population experiences significant social vulnerabilities that directly affect health conditions and hinder access to dental care services. In this context, the role of the dentist within the Brazilian Unified Health System is essential for promoting comprehensive care and reducing oral health inequalities. This study aims to discuss the role of dentists in oral health care for the homeless population, analyzing the main challenges related to access to health services and the strategies developed within Primary Health Care (PHC), especially through the Street Outreach Office (Consultório na Rua) teams. This study consists of a literature review on the role of dentists in oral health care for homeless individuals, including scientific publications and documents related to public health and health policies. The study addresses aspects related to public health policies, the principles of the Unified Health System, the organization of the Street Outreach Office (Consultório na Rua), and the inclusion of oral health professionals in multiprofessional teams. In addition, it discusses the role of dentists in clinical care, health promotion, harm reduction, and interprofessional work, as well as the importance of humanistic and continuing education for improving care practices. Thus, ensuring the right to oral health for the homeless population depends not only on the existence of public policies, but also on the development of care strategies committed to the principles of universality, comprehensiveness, equity, and humanization. In this context, dentists play a strategic role in the development of more welcoming and inclusive care practices, contributing to the expansion of access to health services and to the strengthening of citizenship among homeless individuals.

Keywords: homeless population; oral health; public health; street outreach office (consultório na rua); unified health system.

Submetido em 17/julho/2026

Aprovado em 20/agosto/2026

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua representa um dos grupos sociais mais vulnerabilizados no contexto brasileiro, vivenciando cotidianamente condições marcadas pela exclusão social, fragilidade de vínculos familiares, insegurança alimentar e dificuldades de acesso às políticas públicas. Essas condições interferem diretamente no processo saúde-doença, favorecendo o agravamento de enfermidades e ampliando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, inclusive no campo da saúde bucal.

Historicamente, a assistência odontológica no Brasil esteve concentrada em práticas curativas e no atendimento privado, o que limitava significativamente o acesso da população socialmente vulnerável aos serviços odontológicos. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, houve ampliação das políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à organização da atenção à saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Apesar dos avanços relacionados às políticas públicas do setor, a população em situação de rua ainda enfrenta importantes barreiras de acesso aos serviços odontológicos, relacionadas às condições de vida nas ruas, à descontinuidade do cuidado, à fragilidade dos vínculos sociais e ao estigma frequentemente presente nos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver estratégias de cuidado mais inclusivas e territorializadas, capazes de atender às necessidades específicas dessa população.

Entre as ações desenvolvidas no âmbito do SUS, destaca-se o Consultório na Rua, dispositivo da Atenção Primária à Saúde (APS) voltado ao atendimento desse público por meio de equipes multiprofissionais itinerantes. A inserção do

cirurgião-dentista nessas equipes representa um importante avanço na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos e na construção de práticas de cuidado mais humanizadas e integrais.

Além do manejo clínico dos agravos bucais, a atuação do cirurgião-dentista no contexto da rua envolve ações de promoção da saúde, redução de danos, acolhimento, educação em saúde e trabalho interprofissional. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a considerar não apenas os aspectos biológicos das doenças, mas também os determinantes sociais que influenciam as condições de saúde da população em situação de rua.

Sob esse enfoque, a atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua também evidencia a necessidade de fortalecimento da formação acadêmica no campo da saúde coletiva. A construção de práticas de cuidado humanizadas, interprofissionais e territorializadas exige profissionais preparados para compreender as vulnerabilidades sociais e atuar de maneira ética, crítica e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Diante dessa realidade, delinea-se a seguinte questão norteadora: como o cirurgião-dentista pode atuar de forma efetiva na atenção à saúde bucal da população em situação de rua, considerando os determinantes sociais da saúde e as estratégias disponíveis no Sistema Único de Saúde?

Para responder a esse problema, o presente trabalho tem como objetivo discutir a atuação do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal da população em situação de rua, analisando os desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde e as estratégias desenvolvidas no âmbito do SUS para a promoção do cuidado integral.

Desse modo, o estudo aborda aspectos relacionados às políticas públicas de saúde, à organização do Consultório na Rua, à atuação odontológica na saúde

coletiva e à importância da formação profissional humanística para qualificação das práticas de cuidado.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de produções científicas e normativas relacionadas à atuação do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal da população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A revisão da literatura foi realizada por meio de consulta às bases de dados SciELO, Google Acadêmico e LILACS, utilizando publicações relacionadas aos temas saúde coletiva, saúde bucal, população em situação de rua, Consultório na Rua, Atenção Primária à Saúde, formação profissional e humanização do cuidado. Foram selecionados artigos científicos, livros, dissertações, teses, legislações e publicações acadêmicas disponíveis em língua portuguesa e inglesa. As buscas foram realizadas a partir de descritores relacionados ao tema, incluindo população em situação de rua, saúde bucal, Consultório na Rua, Atenção Primária à Saúde, saúde coletiva, cirurgião-dentista, redução de danos e Sistema Único de Saúde.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas publicações relacionadas à saúde bucal da população em situação de rua, às políticas públicas de saúde, à atuação do cirurgião-dentista no SUS, à redução de danos, ao trabalho interprofissional e à formação em saúde, priorizando estudos publicados nos últimos três anos. Excepcionalmente, também foram incluídas obras clássicas e marcos normativos considerados fundamentais para a compreensão dos referenciais teóricos e legais que fundamentam a temática estudada. Como critérios de exclusão, foram desconsideradas publicações que não apresentavam

relação direta com o objeto de estudo, materiais duplicados e produções sem relevância para os objetivos da pesquisa.

Para fundamentação teórica do estudo, foram utilizados autores da área da saúde coletiva, da formação em saúde e da saúde bucal coletiva, além de publicações relacionadas à organização das políticas públicas e dos serviços de saúde.

A pesquisa documental envolveu a análise de legislações, políticas públicas, portarias, diretrizes e manuais publicados por órgãos governamentais, especialmente pelo Ministério da Saúde. Entre os documentos analisados destacam-se a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, o Decreto nº 7.053/2009, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Bucal, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia e normativas relacionadas à organização das equipes de Consultório na Rua.

A coleta das informações foi realizada por meio da leitura exploratória e analítica dos materiais selecionados, buscando identificar contribuições relacionadas às políticas públicas, à organização da atenção à saúde bucal da população em situação de rua e aos desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista nesse contexto.

Quanto à abordagem, o estudo possui caráter qualitativo, uma vez que busca compreender aspectos relacionados ao cuidado em saúde bucal, às vulnerabilidades sociais e às estratégias de atuação profissional desenvolvidas no contexto da saúde coletiva. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa possibilita compreender fenômenos sociais a partir de seus significados, relações e processos vivenciados pelos sujeitos.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e interpretativa, articulando as informações obtidas na literatura científica e na documentação normativa com a discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua. Dessa forma, buscou-se compreender como as políticas públicas, a organização dos serviços de saúde e a formação profissional influenciam o cuidado em saúde bucal oferecido a essa população.

Por se tratar de uma revisão narrativa da literatura associada à pesquisa documental, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A compreensão das condições de saúde da população em situação de rua exige a análise dos determinantes sociais da saúde, uma vez que o processo saúde-doença não pode ser explicado apenas por fatores biológicos ou individuais.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais influenciam diretamente as condições de vida da população, repercutindo na forma como os indivíduos vivem, adoecem e acessam os serviços de saúde. Os determinantes sociais da saúde permitem compreender que as desigualdades observadas nos indicadores de saúde estão diretamente relacionadas às condições de vida e às oportunidades disponíveis para diferentes grupos sociais.

Dessa forma, indivíduos expostos a contextos de maior vulnerabilidade tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e maior risco de adoecimento. Nesse contexto, as desigualdades sociais presentes

na sociedade brasileira afetam de maneira mais intensa grupos em situação de vulnerabilidade, entre eles a população em situação de rua.

Segundo o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a população em situação de rua é definida como:

[...]grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento[...] (BRASIL, 2009)

No Brasil, a população em situação de rua representa um grupo social marcado por múltiplas formas de vulnerabilidade. A ausência de moradia fixa, a fragilidade de vínculos familiares, a inserção precária no mercado de trabalho e as dificuldades de acesso a serviços públicos contribuem para a manutenção de condições de vida extremamente precárias. Essas condições afetam diretamente a saúde geral e bucal dessa população, favorecendo o desenvolvimento de diversos agravos e dificultando o acesso ao tratamento adequado (BRASIL, 2021).

Além disso, a exposição constante a situações de violência, insegurança alimentar e uso problemático de substâncias psicoativas agrava ainda mais as condições de saúde dessa população. Dessa forma, compreender as condições de vida e os determinantes sociais que influenciam a saúde da população em situação de rua torna-se fundamental para o planejamento de políticas públicas e estratégias de cuidado mais efetivas.

3.1 Conceito de determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde podem ser definidos como o conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que influenciam o estado de saúde das populações. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), esses determinantes correspondem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciando diretamente suas oportunidades de acesso à saúde e à qualidade de vida.

Esses fatores incluem aspectos como renda, escolaridade, condições de moradia, acesso a saneamento básico, alimentação adequada e acesso aos serviços de saúde. Quando essas condições são desfavoráveis, aumentam as chances de adoecimento e de agravamento das condições de saúde, evidenciando que a saúde está diretamente relacionada ao contexto social em que os indivíduos estão inseridos (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A população em situação de rua é acometida por iniquidades em saúde derivadas de determinantes sociais desfavoráveis, que potencializam a exposição a riscos e limitam o acesso a mecanismos de proteção social (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No campo da saúde bucal, diversos estudos demonstram que a ocorrência de doenças bucais está associada às desigualdades socioeconômicas. Antunes e Narvai (2010) destacam que as doenças bucais apresentam maior prevalência em grupos socialmente vulneráveis, refletindo as desigualdades existentes na distribuição de renda, no acesso à educação e nos serviços de saúde.

Nesse contexto, torna-se evidente que a saúde bucal não pode ser analisada de forma isolada, pois está diretamente relacionada às condições sociais e econômicas vivenciadas pela população. Assim, a análise dos determinantes sociais da saúde torna-se fundamental para compreender as

condições de saúde da população em situação de rua. Entre esses determinantes, destacam-se os processos de exclusão social e vulnerabilidade estrutural, que influenciam diretamente o acesso aos direitos, aos serviços de saúde e às condições de vida dessa população.

3.2 Exclusão social e vulnerabilidade estrutural

A população em situação de rua é caracterizada por um processo de exclusão social que envolve múltiplos fatores estruturais, como desemprego, pobreza, rupturas familiares e dificuldades de acesso a políticas públicas. Esses fatores contribuem para a manutenção de um ciclo de vulnerabilidade que dificulta a reinserção social e o acesso a direitos básicos (Varanda; Adorno, 2004).

A exclusão social pode ser compreendida como um processo no qual determinados grupos são sistematicamente privados do acesso a direitos fundamentais, como moradia, educação, saúde e trabalho. No caso da população em situação de rua, essa exclusão resulta em dificuldades significativas para acessar serviços públicos e políticas sociais, agravando ainda mais sua condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

Além disso, a precariedade das condições de vida influencia diretamente o estado de saúde dessa população. A dificuldade de acesso à água potável, alimentação adequada e serviços de saúde compromete a prevenção de doenças e favorece o surgimento de diversos agravos (BRASIL, 2021).

Essa vulnerabilidade estrutural também se manifesta na dificuldade de acesso regular aos serviços de saúde. Muitas pessoas em situação de rua procuram atendimento apenas em situações de urgência, quando os agravos já se encontram em estágios mais avançados. Esse padrão de utilização dos serviços

evidencia as barreiras enfrentadas por essa população no acesso ao cuidado contínuo e à Atenção Primária à Saúde (Piuzana; Ramos, 2023).

3.3 Estigma e invisibilidade social

Outro aspecto importante na análise da população em situação de rua refere-se ao estigma social associado a essa condição. O estigma pode ser entendido como um processo de desvalorização social que resulta em discriminação e exclusão de determinados grupos (Goffman, 1988).

Pessoas em situação de rua frequentemente enfrentam preconceito e discriminação em diferentes espaços sociais, inclusive nos serviços públicos. Esse processo de estigmatização contribui para a construção de barreiras simbólicas que dificultam o acesso a direitos, políticas públicas e oportunidades de inclusão social. Segundo Goffman (1988), o estigma promove processos de desvalorização social que podem reforçar situações de exclusão e marginalização.

No campo da saúde, essas barreiras também se manifestam no acesso aos serviços, uma vez que o preconceito e a discriminação ainda constituem obstáculos enfrentados pela população em situação de rua. Piuzana e Ramos (2023) identificaram que a estigmatização por parte de alguns profissionais e as dificuldades de acolhimento podem limitar o acesso dessa população aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Além disso, a invisibilidade social constitui um elemento relevante nesse contexto. Muitas vezes, a população em situação de rua permanece à margem das estatísticas oficiais e das políticas públicas, o que dificulta a produção de informações precisas e o planejamento de ações voltadas às suas necessidades específicas (Borysow; Furtado, 2013).

Segundo esses autores, a invisibilidade social dessa população contribui para a negligência institucional e para a manutenção das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, reconhecer a existência e as necessidades da população em situação de rua é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais inclusivas.

3.4 Perfil epidemiológico da população em situação de rua

O perfil epidemiológico da população em situação de rua evidencia uma elevada prevalência de agravos à saúde, resultante das condições precárias de vida e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

A literatura aponta elevada ocorrência de doenças crônicas, transtornos mentais, uso problemático de substâncias psicoativas, infecções transmissíveis e agravos relacionados à saúde bucal entre a população em situação de rua, evidenciando o impacto das condições de vulnerabilidade social sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, observa-se que o acesso aos serviços de saúde por essa população é permeado por diversas barreiras estruturais e sociais, que dificultam a continuidade do cuidado e a efetivação do direito à saúde. Conforme destacado pelo Ministério da Saúde:

A população em situação de rua apresenta maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em razão de fatores como ausência de documentação, mobilidade constante, estigma social e organização tradicional dos serviços, que nem sempre estão preparados para acolher as especificidades desse grupo (BRASIL, 2021).

Esse cenário contribui para a utilização tardia dos serviços de saúde, fazendo com que muitos indivíduos procurem atendimento apenas em situações de urgência, quando os agravos já se encontram em estágios avançados.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada indicam crescimento significativo da população em situação de rua no Brasil nas últimas décadas, refletindo o agravamento das desigualdades sociais e econômicas (IPEA, 2020).

No campo da assistência social, a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004) organiza o atendimento a essa população por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nesse sistema, destacam-se serviços como o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), responsável por oferecer atendimento especializado, orientação social e encaminhamentos para garantia de direitos (BRASIL, 2005).

Além do acompanhamento social, os Centros POP também disponibilizam espaços destinados à higiene pessoal, como banheiros e acesso à água. Esses serviços desempenham papel importante na promoção da dignidade humana, uma vez que muitas pessoas em situação de rua não possuem acesso regular a condições básicas de higiene (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, o acesso a espaços destinados à higiene pessoal pode contribuir indiretamente para a manutenção da saúde geral e bucal dessa população. A possibilidade de realizar higiene diária, ainda que em espaços institucionais, favorece práticas básicas de autocuidado e pode estimular hábitos relacionados à saúde, incluindo a higiene oral (WHO, 2022).

Entretanto, apesar da importância desses equipamentos, observa-se que nem sempre os serviços socioassistenciais possuem estrutura suficiente para atender toda a demanda existente. Em muitos municípios, há limitações

estruturais relacionadas à disponibilidade de unidades, recursos humanos e articulação entre diferentes políticas públicas (IPEA, 2020).

Além disso, a ausência de ações educativas voltadas especificamente para a saúde bucal pode limitar o impacto dessas iniciativas na prevenção de doenças. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer a articulação entre as políticas de saúde e assistência social, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2023).

A integração entre serviços como o Centro POP, as equipes de Consultório na Rua e as unidades básicas de saúde pode contribuir para ampliar o acesso da população em situação de rua a ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e atendimento odontológico. Essa articulação intersetorial é fundamental para enfrentar as desigualdades em saúde e garantir atenção integral a essa população (BRASIL, 2023).

Diante desse cenário, torna-se evidente que as condições de saúde da população em situação de rua estão profundamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde. A análise desses fatores permite compreender as desigualdades sociais que influenciam o processo saúde-doença e contribui para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da equidade em saúde.

4 PRINCIPAIS AGRAVOS BUCAIS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

As condições de saúde bucal da população em situação de rua refletem diretamente as desigualdades sociais e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde enfrentadas por esse grupo. A ausência de moradia, a insegurança alimentar, a dificuldade de acesso à água potável e a precariedade das condições de higiene constituem fatores que contribuem significativamente para o desenvolvimento e agravamento de doenças bucais (Antunes; Narvai, 2010).

Nesse sentido, a literatura em saúde coletiva destaca que as condições de saúde bucal são profundamente influenciadas pelas desigualdades sociais. Narvai e Frazão (2008) afirmam que:

A distribuição da cárie ainda é desigual. Por essas, entre outras razões relacionadas à disponibilidade de tecnologias para sua prevenção, a cárie continua sendo um importante problema de saúde bucal. (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 27).

A literatura científica aponta que pessoas em situação de rua apresentam importantes comprometimentos das condições de saúde bucal, com repercussões na qualidade de vida e no bem-estar físico e psicológico. Essas condições estão frequentemente associadas às vulnerabilidades sociais, à ausência de acompanhamento odontológico regular e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal (LIMA; PAIVA; LEITE, 2021).

Outro fator relevante refere-se à utilização tardia dos serviços odontológicos. Muitas vezes, indivíduos em situação de rua procuram atendimento apenas quando apresentam demandas mais graves, em razão das diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde. Esse cenário favorece a busca por atendimentos de urgência e emergência em detrimento das ações preventivas e de promoção da saúde (Lima; Paiva; Leite, 2021).

Além disso, a precariedade das condições de vida pode dificultar a adoção de hábitos adequados de higiene bucal. A ausência de local apropriado para higiene pessoal, aliada à falta de acesso a escovas e cremes dentais, contribui para o acúmulo de biofilme dental e favorece o desenvolvimento de diversas doenças bucais (WHO, 2022).

Nesse contexto, compreender os principais agravos bucais presentes na população em situação de rua torna-se fundamental para o planejamento de estratégias de atenção à saúde mais eficazes, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

4.1 Cárie dentária

A cárie dentária é considerada uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, configurando-se como um relevante problema de saúde pública. Trata-se de uma condição multifatorial, resultante da interação entre microrganismos presentes no biofilme dental, consumo frequente de carboidratos fermentáveis e fatores relacionados ao hospedeiro, como hábitos de higiene bucal e fluxo salivar (PERES *et al.*, 2019).

Além dos aspectos biológicos, a ocorrência e a distribuição da cárie estão intimamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, e como já relatado no capítulo anterior, Narvai e Frazão (2008) destacam que a distribuição da cárie dentária ocorre de forma desigual na população, sendo influenciada por fatores socioeconômicos, condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, indivíduos em situação de vulnerabilidade social, como a população em situação de rua, apresentam maior exposição a fatores de risco, incluindo precariedade das condições de higiene, insegurança alimentar e dificuldade de acesso aos serviços odontológicos. Esses fatores contribuem

significativamente para o desenvolvimento e agravamento dos agravos bucais, reforçando o caráter socialmente determinado das doenças bucais (Antunes; Narvai, 2010).

Nesse contexto, a cárie deve ser compreendida como um processo dinâmico, dependente da interação contínua entre fatores biológicos, comportamentais e sociais, sendo fortemente influenciada pelas condições de vida e pelo acesso aos serviços de saúde (Peres *et al.*, 2019). Entre pessoas em situação de rua, observa-se elevada prevalência da doença, frequentemente associada à ausência de práticas regulares de higiene oral e à descontinuidade do cuidado em saúde.

Adicionalmente, a falta de acompanhamento odontológico periódico favorece o agravamento das condições de saúde bucal, repercutindo negativamente na qualidade de vida e nas atividades cotidianas da população em situação de rua (Lima; Paiva; Leite, 2021).

Outro fator associado às condições de vida dessa população que contribui para o desenvolvimento da cárie dentária refere-se às condições alimentares.

A alimentação de pessoas em situação de rua frequentemente depende de doações ou de alimentos de baixo custo, que, em muitos casos, apresentam alto teor de açúcares e baixo valor nutricional. Esse padrão alimentar favorece a proliferação de microrganismos cariogênicos e o desenvolvimento de lesões cáries, uma vez que o consumo frequente de carboidratos fermentáveis está diretamente associado ao processo de desmineralização do esmalte dentário (Peres *et al.*, 2019).

Além disso, a literatura aponta que as condições de vida e as desigualdades sociais influenciam diretamente os hábitos alimentares,

contribuindo para o aumento da ocorrência de doenças bucais em populações vulneráveis (WHO, 2022).

Não obstante, a ausência de locais adequados para a realização de higiene oral dificulta a manutenção de práticas básicas de autocuidado. Mesmo quando os indivíduos possuem escova e creme dental, a falta de infraestrutura adequada pode limitar a frequência da escovação, contribuindo para o acúmulo de placa bacteriana (BRASIL, 2021).

Quando não tratada adequadamente, a cárie dentária pode evoluir para comprometimento da polpa dentária, resultando em dor intensa e infecções. Nesses casos, o tratamento muitas vezes envolve procedimentos mais invasivos, como tratamento endodôntico ou extração dentária (Peres *et al.*, 2019).

Embora a cárie dentária represente um importante problema de saúde bucal, ela não constitui o único agravo presente entre pessoas em situação de rua. As condições de vulnerabilidade social que favorecem o desenvolvimento das lesões cariosas também contribuem para o surgimento de alterações periodontais, tornando necessária a compreensão de outras doenças bucais frequentemente observadas nessa população.

4.2 Doença periodontal

A doença periodontal representa outro agravo bucal frequentemente observado entre pessoas em situação de rua. Essa condição inflamatória afeta os tecidos de suporte dos dentes, incluindo gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar, podendo levar à perda dentária quando não tratada adequadamente.

A gengivite constitui o estágio inicial da doença periodontal e caracteriza-se pela inflamação da gengiva associada ao acúmulo de biofilme bacteriano. Quando essa condição não é tratada, pode evoluir para periodontite, que envolve destruição progressiva dos tecidos de suporte dos dentes (WHO, 2022).

Nesse sentido, a literatura aponta que a doença periodontal apresenta caráter progressivo e está diretamente relacionada ao controle do biofilme. A periodontite pode ser compreendida como uma doença inflamatória crônica multifatorial associada ao biofilme dental, caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos de suporte dos dentes, podendo levar à perda dentária quando não tratada adequadamente (Peres *et al.*, 2019).

Entre indivíduos em situação de rua, a prevalência de doença periodontal tende a ser elevada devido à ausência de higiene bucal adequada e ao acúmulo de placa bacteriana. Além disso, fatores como o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas também podem contribuir para o agravamento da doença periodontal e de outras condições bucais (WHO, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se à dificuldade de acesso a procedimentos odontológicos preventivos, como profilaxia e raspagem periodontal. A ausência dessas intervenções favorece a progressão da doença periodontal, aumentando o risco de perda dentária (BRASIL, 2021).

A progressão da periodontite pode resultar em mobilidade dentária, retração gengival e perda óssea, comprometendo significativamente a função mastigatória e a qualidade de vida dos indivíduos (Peres *et al.*, 2019).

A ocorrência de agravos bucais como a cárie dentária e a doença periodontal pode resultar, quando não há diagnóstico e tratamento oportunos, na perda parcial ou total dos dentes. Dessa forma, torna-se relevante compreender o edentulismo como uma condição frequentemente associada às desigualdades sociais e às limitações de acesso ao cuidado em saúde bucal.

4.3 Edentulismo

O edentulismo, caracterizado pela perda parcial ou total dos dentes, constitui um importante indicador das condições de saúde bucal de uma população. A perda dentária geralmente ocorre como consequência da progressão de doenças bucais não tratadas, especialmente cárie dentária e doença periodontal (Antunes; Narvai, 2010).

Nesse sentido, a literatura destaca que o edentulismo reflete desigualdades sociais acumuladas ao longo da vida, estando diretamente relacionado às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde. Antunes e Narvai (2010) apontam que a perda dentária está associada a um processo histórico de exclusão do acesso aos cuidados em saúde, evidenciando seu caráter socialmente determinado.

Entre a população em situação de rua, o edentulismo pode ocorrer de forma precoce, refletindo a ausência de acompanhamento odontológico ao longo da vida. A ausência de acompanhamento odontológico regular e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal favorecem o agravamento dos problemas odontológicos entre a população em situação de rua. Como consequência, muitos indivíduos chegam aos serviços com necessidades de tratamento mais complexas, o que pode comprometer a preservação dos elementos dentários e impactar negativamente sua qualidade de vida (Lima; Paiva; Leite, 2021).

A perda dentária pode gerar importantes repercussões funcionais e psicossociais. Do ponto de vista funcional, o edentulismo compromete a mastigação e pode dificultar a ingestão de determinados alimentos, o que pode agravar problemas nutricionais já existentes. Estudos indicam que a ausência de dentes está associada à redução da capacidade mastigatória e a alterações no padrão alimentar, podendo impactar negativamente o estado nutricional e a qualidade de vida dos indivíduos (Peres *et al.*, 2019).

Além disso, a perda de dentes pode afetar a estética facial e a autoestima dos indivíduos. Em muitos casos, essa condição pode contribuir para processos de estigmatização social e dificultar a reinserção social e profissional (WHO, 2022; Antunes; Narvai, 2010).

Outro aspecto importante refere-se à dificuldade de acesso a tratamentos reabilitadores, como próteses dentárias. Mesmo quando disponíveis no sistema público de saúde, esses serviços nem sempre são acessíveis à população em situação de rua, seja por barreiras burocráticas, seja pela dificuldade de acompanhamento do tratamento. A literatura aponta que populações em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores dificuldades no acesso a serviços especializados de saúde, incluindo a reabilitação protética, o que contribui para a manutenção de desigualdades em saúde bucal (BRASIL, 2021).

Diante desse contexto, torna-se evidente que o edentulismo não deve ser compreendido apenas como uma condição clínica, mas como um fenômeno socialmente determinado, que reflete desigualdades estruturais e limitações no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a atuação do cirurgião-dentista no âmbito do Sistema Único de Saúde é fundamental para a promoção de ações preventivas, reabilitadoras e de cuidado integral, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde bucal.

4.4 Dor e infecções odontogênicas

A literatura aponta que a dor dentária constitui uma importante queixa relacionada às condições de saúde bucal da população em situação de rua. Em muitos casos, essa dor está associada à progressão de cárie dentária ou à presença de infecções odontogênicas, refletindo a ausência de acompanhamento odontológico regular e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Lima; Paiva; Leite, 2021; BRASIL, 2021).

As infecções odontogênicas podem se desenvolver a partir da disseminação de bactérias presentes em lesões cáries profundas ou em doenças periodontais avançadas. Quando não tratadas adequadamente, essas infecções podem evoluir para abscessos dentários e outras complicações mais graves (Peres *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a literatura destaca que a progressão das infecções odontogênicas está relacionada à ausência de tratamento oportuno, sendo mais frequente em populações em situação de vulnerabilidade social, nas quais o acesso aos serviços de saúde é limitado (Peres *et al.*, 2019).

A presença de dor intensa pode interferir significativamente nas atividades diárias dos indivíduos, prejudicando o sono, a alimentação e o bem-estar geral. Em alguns casos, a dor odontológica persistente pode favorecer a automedicação e o uso inadequado de analgésicos, o que pode agravar o quadro clínico e retardar a busca por atendimento profissional (WHO, 2022).

Estudos apontam que a dor odontológica está diretamente associada à piora da qualidade de vida, impactando aspectos físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos (WHO, 2022). Nesse contexto, a dor não deve ser compreendida apenas como um sintoma clínico, mas como um fator que compromete de forma significativa a vida cotidiana e a dignidade dos indivíduos.

Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos faz com que muitas dessas condições permaneçam sem tratamento por longos períodos. Dessa forma, a população em situação de rua frequentemente convive com quadros de dor crônica e infecções recorrentes, recorrendo aos serviços de saúde principalmente em situações de urgência (BRASIL, 2021).

Diante desse cenário, torna-se fundamental ampliar o acesso dessa população aos serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde (APS),

priorizando não apenas o tratamento das urgências, mas também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais. Nesse sentido, a atuação do cirurgião-dentista deve ser orientada por uma abordagem integral e humanizada, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde bucal e para a melhoria da qualidade de vida da população em situação de rua.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE BUCAL

A garantia do direito à saúde no Brasil está diretamente relacionada à construção de políticas públicas voltadas à promoção da equidade e à redução das desigualdades sociais. No campo da saúde bucal, a organização das ações e serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço significativo na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade social.

Historicamente, o acesso aos serviços odontológicos no Brasil esteve concentrado no setor privado, o que limitava significativamente a assistência à população de baixa renda. Esse cenário contribuiu para a manutenção de elevados índices de doenças bucais e para o agravamento das desigualdades sociais em saúde (Antunes; Narvai, 2010).

A criação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, representou um importante avanço na reorganização do sistema de saúde brasileiro. A partir desse momento, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, conforme estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A partir desse marco constitucional, o SUS foi estruturado com base nos pilares da universalidade, integralidade e equidade, orientando a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Ao longo dos anos, diferentes políticas foram desenvolvidas com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e organizar a rede de atenção, garantindo atendimento integral à população. No campo da saúde bucal, essas iniciativas possibilitaram a ampliação da cobertura assistencial e a inserção da odontologia nas ações de saúde pública (BRASIL, 2017).

Entretanto, ao analisar a realidade de grupos socialmente vulneráveis, como a população em situação de rua, observa-se que a garantia do direito à saúde ainda enfrenta importantes desafios. Entre eles, destacam-se as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, relacionadas às condições de vida no território, à ausência de documentação, à descontinuidade do cuidado e, sobretudo, ao estigma social. Esses fatores contribuem para a exclusão dessa população dos serviços, uma vez que a vivência nas ruas, a mobilidade constante e as condições precárias de sobrevivência dificultam o estabelecimento de vínculo com as equipes de saúde e o acompanhamento contínuo do cuidado.

Estudos apontam que essas limitações não se restringem às condições individuais, mas também estão relacionadas à forma como os serviços de saúde se organizam, evidenciando a necessidade de estratégias específicas e diferenciadas de cuidado voltadas a essa população (BRASIL, 2021).

Diante desse cenário, a efetivação do direito à saúde bucal não depende apenas da existência de políticas públicas, mas também da forma como essas políticas são operacionalizadas no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2021).

Além disso, a simples oferta de serviços não garante, por si só, o acesso real da população em situação de rua. Torna-se necessário adaptar as práticas de cuidado às especificidades desse grupo, por meio de abordagens mais flexíveis, territorializadas e humanizadas (BRASIL, 2021).

Nessa perspectiva, o cirurgião-dentista assume papel estratégico na construção de práticas de cuidado mais inclusivas, contribuindo para a promoção da saúde bucal e para a redução das iniquidades. Sua atuação, integrada às equipes multiprofissionais e orientada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde, possibilita a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado ofertado (BRASIL, 2023).

Por fim, destaca-se a necessidade de fortalecimento de estratégias que aproximem os serviços de saúde das pessoas em situação de rua, por meio de práticas mais flexíveis, territorializadas e humanizadas, capazes de garantir cuidado contínuo, integral e equitativo, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

5.1 Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 representa um marco histórico na consolidação do direito à saúde no Brasil. Promulgada no contexto do processo de redemocratização do país, a Constituição ampliou a proteção dos direitos sociais e estabeleceu novos fundamentos para a organização das políticas públicas, incluindo a saúde. A partir desse marco, a saúde passou a ser reconhecida como um direito fundamental de cidadania e uma responsabilidade do Estado. Essa mudança representou uma ruptura com modelos anteriores de assistência, que restringiam o acesso aos serviços de saúde a grupos específicos da população, contribuindo para a construção de um sistema orientado pelos princípios da universalidade e da justiça social.

Em seu artigo 196, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Esse dispositivo constitucional fundamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao instituir o princípio da universalidade do direito à saúde, que orienta a organização das políticas públicas e consolida o papel do Estado na garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população. Nesse contexto, Bravo (2006) destaca que a Constituição Federal de 1988 representou a incorporação de importantes demandas defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, contribuindo para a consolidação da saúde como direito social e para a estruturação de um sistema público universal de saúde.

Além disso, a Constituição reconhece que a saúde está diretamente relacionada a fatores sociais, como alimentação, moradia, educação, trabalho e saneamento básico. Essa perspectiva amplia a compreensão do processo saúde-doença, ao considerar a influência dos determinantes sociais na produção das condições de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No caso da população em situação de rua, esses determinantes assumem papel ainda mais relevante, uma vez que as condições de vida nas ruas, como alimentação inadequada, privação de sono, exposição à violência e dificuldades de acesso a recursos básicos impactam diretamente o estado de saúde e aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento (BRASIL, 2021).

No campo da saúde bucal, esse marco constitucional possibilitou a inserção das ações odontológicas no sistema público de saúde, contribuindo para

a ampliação do acesso aos serviços e para o fortalecimento de ações voltadas à promoção e prevenção em saúde bucal (BRASIL, 2023).

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha reconhecido a saúde como direito de todos e dever do Estado, foi por meio da Lei nº 8.080, de 1990, que foram definidos os fundamentos legais para a organização do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, torna-se necessário compreender os princípios e diretrizes que estruturam o SUS e orientam a oferta das ações e serviços de saúde à população.

5.2 Lei nº 8.080/1990 e os princípios do SUS

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, regulamenta a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Essa legislação estabelece as diretrizes para a gestão e funcionamento do SUS, definindo suas responsabilidades, princípios e formas de organização (BRASIL, 1990).

Entre os princípios fundamentais do SUS destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade garante o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente de sua condição social, econômica ou cultural. A integralidade refere-se à oferta de atenção à saúde de forma abrangente, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Já a equidade busca reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, priorizando grupos populacionais que se encontram em maior situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 1990).

Segundo Bravo (2006), esses princípios refletem importantes conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, que defendia a saúde como direito universal e a responsabilidade do Estado na garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a organização do SUS fundamenta-se na busca pela ampliação do

acesso e pela redução das desigualdades em saúde, especialmente entre grupos socialmente vulneráveis.

Nesse contexto, a população em situação de rua constitui um grupo prioritário para as políticas públicas de saúde, uma vez que enfrenta condições de vida que aumentam significativamente o risco de adoecimento e dificultam o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2021). A atenção a esse grupo evidencia a importância do princípio da equidade, que orienta a adoção de estratégias diferenciadas para reduzir desigualdades e garantir o acesso aos cuidados de saúde de forma mais justa e adequada às necessidades da população.

Além disso, a Lei nº 8.080 também reconhece que a saúde resulta de diversos fatores sociais e econômicos, reforçando a importância de políticas públicas intersetoriais capazes de enfrentar os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 1990).

Uma atualização relevante na legislação ocorreu com a promulgação da Lei nº 14.572, de 2023, que alterou a Lei nº 8.080/1990 ao incluir explicitamente a saúde bucal no campo de atuação do Sistema Único de Saúde. Com essa alteração, o artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde passou a estabelecer que:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

[...]

e) a saúde bucal. (BRASIL, 1990, com redação dada pela Lei nº 14.572/2023).

A partir dessa alteração, o artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde passou a prever, entre as ações desenvolvidas pelo sistema, as ações de saúde bucal.

Além disso, o § 4º do mesmo artigo define:

Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde. (BRASIL, 1990, com redação dada pela Lei nº 14.572/2023).

A incorporação da saúde bucal na legislação do SUS representa um avanço significativo ao reconhecê-la como componente essencial da atenção integral à saúde, superando a histórica fragmentação do cuidado odontológico no sistema público (BRASIL, 2023).

Essa alteração reforça a necessidade de organização de políticas e serviços que garantam acesso ao cuidado odontológico de forma equitativa, especialmente para populações em situação de maior vulnerabilidade social, como a população em situação de rua (BRASIL, 2023).

Embora a Lei nº 8.080/1990 estabeleça os princípios e diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde, a concretização desses fundamentos ocorre por meio da organização dos serviços de saúde no território. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na garantia do acesso ao cuidado, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade social, tornando relevante a compreensão da Política Nacional de Atenção Básica no contexto da promoção da equidade em saúde.

5.3 Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e representa o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado e pela organização das ações de saúde nos territórios. Esse nível de atenção tem como objetivo desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, considerando as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

A organização da Atenção Básica no Brasil é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece diretrizes para o funcionamento das equipes de saúde e para a organização dos serviços no âmbito da atenção primária. De acordo com o Ministério da Saúde, a PNAB tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a participação social (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a PNAB reconhece a Atenção Básica como elemento estruturante do sistema de saúde brasileiro. Conforme estabelece o Ministério da Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Nesse modelo de atenção, as equipes de saúde atuam de forma territorializada, buscando identificar as necessidades de saúde da população e desenvolver estratégias de cuidado voltadas às especificidades de cada território. Essa abordagem permite compreender que o processo saúde-doença está diretamente relacionado às condições sociais, econômicas e ambientais vivenciadas pela população (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No campo da saúde bucal, a PNAB prevê a atuação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista e auxiliares ou técnicos em saúde bucal. Essas equipes são responsáveis por desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atendimento clínico odontológico, contribuindo

para a ampliação do acesso aos serviços odontológicos no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2017).

A inserção da saúde bucal na Atenção Básica representa um avanço importante na organização da atenção odontológica no SUS. Narvai e Frazão (2008) destacam que a incorporação da saúde bucal na atenção primária contribuiu para a mudança do modelo assistencial, ampliando o acesso da população aos serviços odontológicos e fortalecendo ações de promoção e prevenção.

Além disso, a atuação das equipes de saúde na atenção básica possibilita a identificação de grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade social, permitindo o desenvolvimento de estratégias específicas voltadas ao cuidado dessas populações (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a organização territorial do cuidado na Atenção Básica configura-se como elemento central para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, ao considerar as especificidades do território e as condições de vida pública. Essa abordagem permite não apenas ampliar o acesso de indivíduos sem vínculo domiciliar formal aos serviços de saúde, como também direcionar ações de forma mais equitativa, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A consolidação da saúde bucal como componente essencial da Atenção Primária à Saúde evidenciou a necessidade de políticas públicas capazes de ampliar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente constitui um importante marco na organização da atenção odontológica no país, ao promover a expansão das ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal.

5.4 Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

A Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, foi instituída em 2004 com o objetivo de ampliar o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa política representa um importante marco na organização da atenção odontológica no país, uma vez que promoveu a ampliação das ações de saúde bucal na atenção básica e fortaleceu a estrutura da rede de atenção à saúde bucal. Além disso, sua implementação contribuiu para consolidar a saúde bucal como componente essencial da atenção integral à saúde, ampliando a presença da odontologia nas políticas públicas e fortalecendo o compromisso do SUS com a universalização do cuidado (BRASIL, 2023).

Antes da implementação dessa política, o acesso aos serviços odontológicos no sistema público era limitado e concentrado principalmente em atendimentos curativos e emergenciais. A criação do Brasil Sorridente contribuiu para reorganizar a atenção odontológica no SUS, ampliando a oferta de serviços e fortalecendo as ações de promoção e prevenção em saúde bucal (Antunes; Narvai, 2010).

Entre as principais estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal destaca-se a ampliação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, permitindo a integração da odontologia às ações de atenção primária. Essa integração possibilitou maior proximidade entre os profissionais de saúde e as comunidades, favorecendo o desenvolvimento de ações educativas e preventivas voltadas à saúde bucal (BRASIL, 2023).

Além disso, essa política também promoveu a criação de serviços especializados de atenção odontológica, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis por oferecer tratamentos especializados em áreas como endodontia, periodontia, cirurgia oral e atendimento a pacientes

com necessidades especiais. A implantação desses serviços contribuiu para ampliar a resolutividade da rede pública de saúde bucal, possibilitando o acesso da população a procedimentos de maior complexidade anteriormente restritos ou de difícil acesso (BRASIL, 2023).

Outra iniciativa relevante foi a implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que ampliaram o acesso da população aos serviços de reabilitação oral por meio da oferta de próteses dentárias no sistema público de saúde (BRASIL, 2023).

De acordo com Peres *et al.* (2019), a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal contribuiu significativamente para a ampliação do acesso aos serviços odontológicos e para a redução das desigualdades em saúde bucal no Brasil.

Embora a Política Nacional de Saúde Bucal tenha ampliado significativamente o acesso da população aos serviços odontológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, alguns grupos sociais continuam enfrentando barreiras específicas para acessar e utilizar esses serviços. Entre eles, destaca-se a população em situação de rua, cujas condições de vida demandam estratégias de cuidado diferenciadas e políticas públicas voltadas às suas necessidades específicas. Nesse contexto, torna-se relevante compreender a Política Nacional para a População em Situação de Rua e sua contribuição para a promoção da cidadania e do acesso aos direitos sociais.

5.5 Política Nacional para a População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, configurando-se como um importante marco na consolidação de direitos sociais para essa população no Brasil. Essa política surge em um contexto de reconhecimento da necessidade de

construção de estratégias específicas voltadas a um grupo historicamente invisibilizado e em situação de extrema vulnerabilidade social (BRASIL, 2009).

O decreto define a população em situação de rua a partir de características sociais e estruturais específicas, estabelecendo que:

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 2009, art. 1º, parágrafo único)

Essa definição evidencia que a situação de rua não se limita à ausência de moradia, mas está associada a um conjunto de fatores sociais, econômicos e estruturais que impactam diretamente o processo saúde-doença. Dessa forma, a política reconhece a necessidade de ações intersetoriais que envolvam diferentes áreas, como saúde, assistência social, habitação, educação e trabalho (BRASIL, 2009).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é orientada por princípios como o respeito à dignidade da pessoa humana, a valorização da vida, o atendimento humanizado e o acesso universal às políticas públicas. Esses princípios estão alinhados com os fundamentos do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2009).

No campo da saúde, a política reforça a necessidade de garantir o acesso aos serviços do SUS, considerando as especificidades dessa população. Entretanto, a literatura aponta que esse acesso ainda é marcado por importantes barreiras estruturais e institucionais, como a exigência de documentação, a

dificuldade de fixação territorial e o estigma social, fatores que contribuem para a exclusão dessa população dos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde aponta que a população em situação de rua enfrenta múltiplas barreiras de acesso aos serviços de saúde, relacionadas às condições de vida, à organização dos serviços e ao estigma social, o que exige a implementação de estratégias específicas e diferenciadas de cuidado (BRASIL, 2021).

Essas barreiras evidenciam a necessidade de reorganização das práticas de cuidado em saúde, de modo a torná-las mais acessíveis e adequadas às realidades dessa população. Nesse sentido, destaca-se a importância de estratégias como o Consultório na Rua, que atua de forma itinerante e territorializada, promovendo o cuidado integral e o fortalecimento do vínculo com os usuários (BRASIL, 2021).

Além disso, a articulação entre a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Política Nacional de Assistência Social, operacionalizada por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é fundamental para garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, equipamentos como o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) desempenham papel relevante na oferta de serviços básicos, acolhimento e encaminhamento para a rede de saúde e demais políticas públicas, contribuindo para a garantia de direitos e inclusão social dessa população (BRASIL, 2005).

Apesar dos avanços proporcionados pela implementação dessa política, ainda persistem desafios relacionados à sua efetivação, como a insuficiência de serviços, a fragmentação das ações intersetoriais e a dificuldade de acesso contínuo aos serviços de saúde. Esses desafios estão diretamente relacionados às condições estruturais e organizacionais dos serviços, que nem sempre

conseguem atender às demandas específicas da população em situação de rua (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a Política Nacional para a População em Situação de Rua constitui um instrumento essencial para a promoção da equidade em saúde, ao reconhecer as especificidades dessa população e propor estratégias diferenciadas de cuidado.

No campo da saúde bucal, essa política reforça a necessidade de práticas mais inclusivas, humanizadas e territorializadas, capazes de considerar as especificidades da população em situação de rua e contribuir para a redução das desigualdades. Nesse sentido, a efetivação do cuidado depende da organização dos serviços e da qualificação das equipes e do fortalecimento das intersetoriais, de modo a garantir atenção integral e equitativa (BRASIL, 2021).

A garantia do acesso à saúde da população em situação de rua exige mais do que o reconhecimento formal de direitos e a existência de políticas públicas específicas. Torna-se necessário desenvolver estratégias capazes de superar as barreiras de acesso impostas pelas condições de vida nas ruas e pelas limitações dos modelos tradicionais de organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, destaca-se a Estratégia Consultório na Rua, criada para ampliar o acesso ao cuidado e promover ações de saúde de forma territorializada, itinerante e articulada às necessidades dessa população.

6 A ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA

A atenção à saúde da população em situação de rua exige a adoção de estratégias específicas que considerem as particularidades desse grupo e as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a estratégia Consultório na Rua configura-se como uma importante iniciativa do

Sistema Único de Saúde (SUS), voltada à ampliação do acesso e à promoção do cuidado integral por meio de ações territoriais e itinerantes (BRASIL, 2012).

A atuação dessas equipes possibilita a aproximação dos serviços de saúde da população em situação de rua, favorecendo a construção de vínculo, o acolhimento e a continuidade do cuidado. No campo da saúde bucal, destaca-se a inserção do cirurgião-dentista como um componente importante para o enfrentamento dos agravos bucais e para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais inclusivas e humanizadas (BRASIL, 2012).

A relevância do Consultório na Rua no contexto das políticas públicas de saúde está diretamente relacionada à sua capacidade de adaptar o cuidado às necessidades da população em situação de rua. Para compreender o papel desempenhado por essa estratégia na ampliação do acesso aos serviços de saúde, torna-se necessário analisar seu processo de criação, sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde e os princípios que orientam sua atuação nos territórios.

6.1 Histórico e fundamentos normativos

A estratégia Consultório na Rua foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta à necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para populações em situação de rua, historicamente excluídas das políticas públicas. Formalizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, e inserida nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, essa estratégia passou a representar um importante dispositivo para a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2012).

A criação do Consultório na Rua está inserida em um contexto mais amplo de fortalecimento das políticas públicas voltadas à população em situação de rua, especialmente a partir dos anos 2000, período marcado pelo maior

reconhecimento das demandas específicas desse grupo no campo da saúde e da assistência social. Nesse cenário, tornou-se evidente a necessidade de reorganização das práticas de cuidado, buscando garantir acesso universal e integral aos serviços de saúde, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2009).

O Consultório na Rua surge como uma proposta de cuidado que rompe com a lógica tradicional dos serviços de saúde ao levar o atendimento até os territórios onde a população em situação de rua se encontra. Essa estratégia considera aspectos como a mobilidade constante, a fragilidade dos vínculos sociais e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde relacionados ao estigma social, à exclusão social e às limitações na organização dos serviços (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde define o Consultório na Rua como:

Equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e serviços de saúde à população em situação de rua, considerando suas especificidades e promovendo o acesso aos serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A atuação itinerante dessas equipes representa uma mudança importante no modelo assistencial, ao deslocar o cuidado do espaço físico das unidades de saúde para o território onde os usuários vivem e circulam. Essa estratégia favorece não apenas a ampliação do acesso aos serviços, mas também a construção de vínculo entre profissionais e usuários, aspecto fundamental para a continuidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2012).

A criação dessa estratégia está diretamente relacionada aos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à universalidade, integralidade e equidade. Ao reconhecer que diferentes populações possuem necessidades específicas, o SUS busca desenvolver estratégias diferenciadas que garantam o acesso ao cuidado de forma justa e adequada. Dessa forma, o

Consultório na Rua materializa o princípio da equidade ao direcionar ações específicas para uma população em situação de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2017).

Além disso, o Consultório na Rua está alinhado às diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua, reforçando a importância da atuação intersetorial e da construção de práticas de cuidado humanizadas. A articulação entre saúde e assistência social torna-se fundamental para o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades vivenciadas por essa população, possibilitando ações mais integradas e resolutivas (BRASIL, 2009).

No campo da saúde bucal, a inserção do cirurgião-dentista nessa estratégia representa um avanço importante na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos. Estudos apontam elevada prevalência de agravos bucais entre a população em situação de rua, evidenciando a necessidade de estratégias de cuidado mais acessíveis e territorializadas. Nesse contexto, a atuação odontológica no Consultório na Rua contribui para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e redução das desigualdades em saúde bucal (Lima; Paiva; Leite, 2021).

Essa estratégia representa uma importante forma de cuidado voltada à população em situação de rua, ao possibilitar práticas mais inclusivas, humanizadas e territorializadas. Sua atuação contribui para aproximar os serviços de saúde dessa população, favorecendo o acesso ao cuidado e o enfrentamento das desigualdades em saúde (BRASIL, 2021).

A efetividade das ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua está diretamente relacionada à atuação integrada de diferentes profissionais de saúde, capazes de responder às múltiplas necessidades apresentadas pela população em situação de rua. Nesse contexto, a organização das equipes

multiprofissionais constitui elemento fundamental para a construção de práticas de cuidado abrangentes, territorializadas e orientadas pelos princípios da integralidade da atenção.

6.2 Organização das equipes multiprofissionais

As equipes de Consultório na Rua são compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, atuando de forma interdisciplinar na construção do cuidado integral à população em situação de rua. De acordo com o Ministério da Saúde, essas equipes podem ser formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde bucal, além de profissionais de saúde mental e agentes sociais, conforme as necessidades do território (BRASIL, 2012).

A composição das equipes pode variar de acordo com a realidade local e a complexidade das demandas atendidas, sendo organizadas em diferentes modalidades, o que permite maior flexibilidade na organização do cuidado. Essa diversidade profissional é fundamental para atender às múltiplas necessidades da população em situação de rua, que frequentemente apresenta demandas relacionadas à saúde física, saúde mental, uso de substâncias psicoativas e vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2012).

A atuação multiprofissional constitui um elemento central na estratégia do Consultório na Rua, uma vez que possibilita a construção de um cuidado ampliado, considerando os determinantes sociais da saúde e as condições de vida dos usuários. Assim, o trabalho em equipe favorece a elaboração de projetos terapêuticos singulares, voltados às especificidades de cada indivíduo e à ampliação da resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2012).

As equipes atuam de forma itinerante, realizando abordagens nos territórios onde a população em situação de rua se encontra, como praças, abrigos, vias públicas e outros espaços urbanos. Essa atuação territorializada permite a aproximação dos profissionais com os usuários, favorecendo a construção de vínculo e o acolhimento, aspectos fundamentais para a continuidade do cuidado e para a adesão às ações de saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde:

O trabalho das equipes de Consultório na Rua deve ser pautado na abordagem humanizada, na construção de vínculo e no respeito às singularidades dos usuários, promovendo o cuidado integral e articulado com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Além do atendimento direto, essas equipes também desempenham papel importante na articulação com outros serviços da rede de saúde e da assistência social, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e serviços de urgência e emergência. Essa articulação intersetorial é essencial para garantir a continuidade do cuidado e ampliar o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a efetivação da integralidade e da equidade no SUS (BRASIL, 2017).

No campo da saúde bucal, a inserção do cirurgião-dentista e do técnico de saúde bucal nas equipes multiprofissionais contribui para ampliar o acesso aos cuidados odontológicos e fortalecer ações integradas com os demais profissionais da saúde. A atuação multiprofissional favorece a identificação precoce de agravos bucais, o desenvolvimento de ações educativas e a construção de estratégias de cuidado mais adequadas às condições de vida da população em situação de rua, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde bucal (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a organização multiprofissional do Consultório na Rua possibilita a construção de práticas de cuidado mais abrangentes e articuladas, capazes de responder às múltiplas necessidades da população em situação de rua. Entre os profissionais que compõem essas equipes, destaca-se a atuação da saúde bucal, cuja inserção representa um importante avanço na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos para essa população (BRASIL, 2012).

6.3 Inserção da saúde bucal na estratégia

A inserção da saúde bucal nas equipes de Consultório na Rua ocorreu por meio da Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014, representando um avanço importante na ampliação do acesso aos serviços odontológicos para a população em situação de rua. Com essa incorporação, a atuação do cirurgião-dentista passou a contemplar ações que ultrapassam o atendimento clínico tradicional, incluindo práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e educação em saúde bucal (BRASIL, 2014).

Estudos apontam elevada prevalência de doenças bucais entre a população em situação de rua, como cárie dentária, doença periodontal e edentulismo, reforçando a necessidade da presença do cirurgião-dentista nas equipes de atenção voltadas a esse público (Lima; Paiva; Leite, 2021).

Nesse sentido, a atuação do cirurgião-dentista no Consultório na Rua envolve não apenas o manejo clínico dos agravos bucais, mas também a construção de estratégias de cuidado que considerem as condições de vida dessa população. Entre essas ações, destacam-se orientações em saúde bucal, distribuição de insumos de higiene oral e encaminhamento para serviços especializados quando necessário (BRASIL, 2021).

Além disso, o atendimento odontológico nesse contexto exige uma abordagem pautada na escuta qualificada, no acolhimento e no respeito às

singularidades dos usuários. A literatura destaca que a atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua deve considerar os determinantes sociais da saúde e desenvolver práticas de cuidado integradas às ações da equipe multiprofissional (BRASIL, 2021).

A presença do cirurgião-dentista nas equipes de Consultório na Rua contribui para a ampliação do acesso aos serviços odontológicos e para a redução das desigualdades em saúde bucal. Entretanto, ainda existem desafios relacionados à infraestrutura disponível, à continuidade do cuidado e à articulação com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a atuação odontológica no Consultório na Rua possibilita a construção de práticas de cuidado mais inclusivas e adequadas às necessidades da população em situação de rua, fortalecendo a promoção da saúde bucal e o cuidado integral no âmbito do SUS.

Embora a inserção da saúde bucal nas equipes de Consultório na Rua represente um importante avanço na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos, a efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada às práticas desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano do cuidado. Nesse sentido, torna-se relevante analisar de forma mais detalhada a atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua, compreendendo suas atribuições, desafios e contribuições para a promoção da saúde bucal.

7 A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO DA RUA

A atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua exige uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das múltiplas vulnerabilidades que impactam as condições de saúde dessa população. No Consultório na Rua, o cuidado odontológico ultrapassa o modelo clínico tradicional e passa a incorporar práticas voltadas à promoção da saúde,

prevenção de agravos, redução de danos e construção de vínculo com os usuários (BRASIL, 2012).

As condições de vida nas ruas, associadas às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, favorecem o desenvolvimento e agravamento de diversas doenças bucais, como cárie dentária, doença periodontal, perdas dentárias e infecções odontogênicas. Nesse cenário, a presença do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais torna-se fundamental para ampliar o acesso ao cuidado odontológico e desenvolver estratégias de atenção mais inclusivas, humanizadas e interdisciplinares (Lima; Paiva; Leite, 2021).

Além dos agravos relacionados à saúde bucal, a população em situação de rua vivencia processos de exclusão social, fragilidade de vínculos e dificuldades de acesso às políticas públicas, fatores que impactam diretamente suas condições de saúde. Varanda e Adorno (2004) destacam que a vida nas ruas é marcada por múltiplas vulnerabilidades, que ultrapassam a ausência de moradia e envolvem limitações no acesso aos direitos sociais e aos serviços de saúde. Sob esse enfoque, a atuação do cirurgião-dentista deve considerar não apenas os aspectos clínicos das doenças bucais, mas também as condições sociais que influenciam o processo saúde-doença dessa população.

Assim, torna-se evidente que o cuidado em saúde bucal destinado à população em situação de rua não pode estar restrito apenas ao tratamento clínico das doenças. A complexidade das condições vivenciadas por essa população exige uma atuação profissional mais sensível às vulnerabilidades sociais, capaz de compreender que fatores como exclusão social, insegurança alimentar, dificuldades de higiene e fragilidade de vínculos também interferem diretamente nas condições de saúde bucal e na continuidade do cuidado (BRASIL, 2021).

Além do atendimento clínico, a atuação odontológica no cenário da rua envolve ações educativas, escuta qualificada, acolhimento e articulação com os demais profissionais da equipe multiprofissional. Essas práticas favorecem a construção de vínculo e contribuem para a continuidade do cuidado, aspecto fundamental no atendimento à população em situação de rua (BRASIL, 2021).

Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que os determinantes sociais exercem influência direta sobre as condições de saúde da população, o que reforça a necessidade de um cuidado em saúde bucal que ultrapasse os aspectos exclusivamente biológicos das doenças.

Entre as diversas atribuições desenvolvidas pelo cirurgião-dentista no contexto da rua, o manejo clínico dos agravos bucais ocupa papel relevante na atenção à saúde dessa população. A elevada ocorrência de cárie dentária, doença periodontal, perdas dentárias e infecções odontogênicas demanda intervenções clínicas capazes de reduzir o sofrimento, restaurar funções comprometidas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Entretanto, a atuação do cirurgião-dentista no Consultório na Rua não se restringe ao manejo clínico dos agravos bucais. O cuidado ofertado envolve também a construção de estratégias que considerem as condições de vida, as vulnerabilidades sociais e as necessidades específicas da população em situação de rua.

7.1 Manejo clínico

O manejo clínico in loco apresenta desafios específicos relacionados às condições de vida da população em situação de rua e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, o atendimento odontológico exige uma atuação mais flexível e adaptada às necessidades imediatas dos usuários (BRASIL, 2021).

As condições de vida nas ruas frequentemente dificultam a continuidade do cuidado e o acompanhamento regular dos tratamentos odontológicos. Nessa realidade, o cirurgião-dentista deve desenvolver estratégias de atendimento que considerem tanto as demandas clínicas quanto às limitações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. A literatura aponta que o cuidado odontológico voltado à população em situação de rua deve considerar as especificidades sociais e territoriais vivenciadas por esse grupo, favorecendo práticas de cuidado mais acessíveis, humanizadas e compatíveis com suas condições de vida (BRASIL, 2021).

Entre as principais demandas odontológicas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua destacam-se quadros de cárie dentária avançada, doença periodontal, abscessos e perdas dentárias. Estudos apontam elevada prevalência desses agravos entre pessoas em situação de rua, evidenciando a necessidade de ampliação do acesso ao cuidado odontológico (Lima; Paiva; Leite, 2021).

A atuação clínica a essa população envolve tanto procedimentos de urgência quanto ações preventivas e de acompanhamento. Em muitos casos, o manejo inicial realizado no território permite estabilizar quadros agudos e encaminhar os usuários para serviços da rede de atenção à saúde quando há necessidade de tratamento especializado, favorecendo a continuidade do cuidado e reduzindo a necessidade de atendimentos de urgência decorrentes do agravamento dos agravos bucais (BRASIL, 2021).

Além disso, o atendimento odontológico à população em situação de rua exige uma abordagem pautada no acolhimento, na escuta qualificada e no respeito às singularidades dos usuários. O estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente torna-se fundamental para favorecer a adesão ao cuidado e a continuidade do tratamento (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, o cuidado em saúde bucal voltado à população em situação de rua deve considerar os determinantes sociais da saúde e desenvolver práticas compatíveis com as condições de vida dos usuários, de forma a ampliar o acesso aos serviços e reduzir desigualdades em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Apesar dos avanços relacionados à inserção da odontologia no Consultório na Rua, ainda persistem desafios associados à infraestrutura disponível, à continuidade do cuidado e à articulação com os demais serviços da rede de atenção à saúde, sendo necessário fortalecer estratégias que favoreçam o acesso da população em situação de rua aos serviços odontológicos de forma integral e contínua (BRASIL, 2021).

Embora o manejo clínico seja fundamental para o enfrentamento dos agravos bucais mais prevalentes, a atuação do cirurgião-dentista no contexto da rua não se limita ao tratamento das doenças já instaladas. A promoção da saúde constitui um componente essencial do cuidado, pois favorece o desenvolvimento de práticas educativas, o fortalecimento do autocuidado e a construção de estratégias voltadas à prevenção de agravos e à melhoria das condições de saúde bucal da população em situação de rua. Nesse contexto, as ações de promoção da saúde assumem papel relevante na ampliação do acesso ao cuidado e na redução das desigualdades em saúde bucal.

7.2 Promoção da saúde

As ações de promoção da saúde desenvolvidas no contexto da rua possuem papel importante na ampliação do cuidado oferecido à população em situação de vulnerabilidade social. No campo da saúde bucal, essas práticas contribuem para aproximar os usuários aos serviços de saúde e fortalecer o cuidado contínuo (BRASIL, 2021).

A promoção da saúde constitui um dos principais eixos de atuação do cirurgião-dentista no Consultório na Rua. Diferentemente de um modelo centrado exclusivamente no tratamento das doenças, essa abordagem busca desenvolver ações voltadas à melhoria das condições de vida, ao fortalecimento do autocuidado e à construção de práticas preventivas. Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que as condições sociais, econômicas e ambientais exercem influência direta sobre o processo saúde-doença, reforçando a importância de estratégias de cuidado que considerem os determinantes sociais da saúde.

No campo da saúde bucal, as ações de promoção da saúde envolvem orientações sobre higiene oral, incentivo ao autocuidado e desenvolvimento de práticas educativas voltadas à prevenção de doenças bucais. Para a população em situação de rua, essas ações tornam-se especialmente relevantes diante das dificuldades relacionadas ao acesso à higiene pessoal e aos serviços de saúde, demandando não apenas a atuação das equipes de saúde, mas também a articulação entre diferentes políticas públicas e serviços voltados ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais vivenciadas por essa população (BRASIL, 2021).

Além das orientações individuais, as atividades coletivas também representam importantes estratégias de cuidado. A realização de rodas de conversa, ações educativas em abrigos e abordagens nos territórios favorece a aproximação entre profissionais e usuários, fortalecendo a construção de vínculo e o compartilhamento de informações relacionadas à saúde bucal. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), as ações de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença, reconhecendo a influência das condições de vida sobre as condições de saúde da população.

A promoção da saúde na população em situação de rua deve considerar os diferentes fatores sociais que influenciam as condições de saúde dos indivíduos,

como moradia, alimentação, renda e acesso aos serviços de saúde. A atuação profissional não deve se limitar apenas à transmissão de informações, mas envolver práticas educativas construídas de forma acolhedora e adaptadas à realidade dos usuários. Além disso, a escuta qualificada e o acolhimento tornam-se fundamentais para compreender as necessidades da população e desenvolver estratégias de cuidado mais efetivas e humanizadas (BRASIL, 2021).

Dessa forma, as ações de promoção da saúde desenvolvidas no Consultório na Rua contribuem para fortalecer o cuidado integral e ampliar o acesso da população em situação de rua às práticas de saúde bucal.

As necessidades de saúde da população em situação de rua nem sempre podem ser enfrentadas exclusivamente por meio de ações preventivas ou educativas. Em muitos casos, as condições de vida, a vulnerabilidade social e a presença de fatores de risco exigem a adoção de estratégias de cuidado voltadas à minimização dos impactos negativos sobre a saúde. Nesse contexto, a redução de danos configura-se como uma importante abordagem no cuidado à população em situação de rua, contribuindo para a construção de práticas mais acessíveis, humanizadas e centradas nas necessidades dos usuários.

7.3 Redução de danos

A redução de danos representa uma estratégia de cuidado voltada à construção de práticas mais acolhedoras e compatíveis com a realidade da população em situação de rua. Essa abordagem busca compreender as vulnerabilidades sociais e as necessidades dos usuários, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e a construção de vínculos com as equipes de cuidado (BRASIL, 2021).

A redução de danos constitui uma importante estratégia de cuidado na atenção à saúde da população em situação de rua, especialmente diante da

elevada prevalência do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas entre esse grupo populacional. No âmbito do Consultório na Rua, essa abordagem busca minimizar os impactos sociais e os danos à saúde relacionados ao uso de substâncias, sem exigir, necessariamente, a abstinência como condição para o cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a redução de danos como uma estratégia importante no cuidado às populações em situação de vulnerabilidade social, considerando a necessidade de abordagens humanizadas e centradas nas necessidades dos usuários (BRASIL, 2017).

O uso de substâncias psicoativas e as condições de vida nas ruas podem favorecer o agravamento de diferentes problemas relacionados à saúde bucal, impactando diretamente a qualidade de vida da população em situação de rua. Além das alterações clínicas, essas condições frequentemente dificultam o acesso ao cuidado odontológico e a continuidade dos tratamentos, tornando necessária uma abordagem mais humanizada e integrada às demais ações de saúde (BRASIL, 2021).

Segundo a WHO (2022), o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas está associado ao aumento da ocorrência de agravos bucais, como doença periodontal, xerostomia, cárie dentária, perdas dentárias e infecções bucais. Além disso, esses hábitos podem contribuir para o desenvolvimento de lesões potencialmente malignas e câncer bucal. Dessa forma, o cirurgião-dentista desempenha papel importante nas ações de redução de danos, por meio de orientações em saúde bucal, identificação precoce de agravos e encaminhamento para acompanhamento multiprofissional quando necessário.

No campo da saúde bucal, a abordagem de redução de danos pode envolver orientações relacionadas à higiene oral, ao controle de fatores de risco para doenças bucais e ao incentivo à busca por acompanhamento odontológico, respeitando o contexto de vida e a autonomia dos usuários. Essa perspectiva

favorece a aproximação entre profissional e paciente e amplia as possibilidades de cuidado contínuo (BRASIL, 2021).

De acordo com o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, a complexidade das demandas apresentadas por essa população exige atuação articulada entre diferentes políticas públicas e serviços da rede de atenção, considerando aspectos relacionados à saúde, proteção social, alimentação, documentação e acesso aos direitos básicos (BRASIL, 2021). Nesse sentido, a articulação entre diferentes políticas públicas e serviços da rede de atenção favorece a construção de práticas de cuidado mais amplas e adequadas às necessidades da população em situação de rua, fortalecendo as ações de redução de danos, a criação de vínculo e a continuidade do acompanhamento dos usuários.

Além disso, a atuação integrada entre odontologia, saúde mental e assistência social favorece a construção de estratégias de cuidado mais resolutivas e adequadas às condições de vida da população em situação de rua. Essa articulação entre diferentes áreas do cuidado possibilita maior aproximação entre profissionais e usuários, tornando o acolhimento e a construção de vínculos elementos fundamentais para ampliar a adesão às ações de saúde e fortalecer o acompanhamento contínuo dos usuários (BRASIL, 2021).

Assim, a redução de danos no contexto do Consultório na Rua deve ser compreendida como uma estratégia de cuidado que contribui para ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, fortalecer o vínculo com as equipes e promover ações voltadas à melhoria das condições de saúde geral e bucal. Para o cirurgião-dentista, essa abordagem representa uma importante ferramenta para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais inclusivas, humanizadas e compatíveis com a realidade dos usuários (BRASIL, 2021).

A complexidade do cuidado à população em situação de rua evidencia a importância da atuação conjunta de diferentes profissionais na construção de respostas mais adequadas às necessidades dos usuários.

7.4 Trabalho interprofissional

O cuidado à população em situação de rua exige uma atuação integrada entre diferentes profissionais e serviços, considerando a complexidade das vulnerabilidades vivenciadas por essa população. Essa integração torna-se fundamental para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais amplas, capazes de atender às diferentes necessidades apresentadas pelos usuários (BRASIL, 2021).

O trabalho interprofissional constitui um dos principais fundamentos da atuação das equipes de Consultório na Rua. A complexidade das demandas apresentadas pela população em situação de rua exige a integração entre diferentes áreas do conhecimento, possibilitando a construção de estratégias de cuidado mais abrangentes e resolutivas. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atuação multiprofissional favorece a construção de práticas de cuidado integrais e articuladas com as necessidades da população, fortalecendo a continuidade da atenção em saúde (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, o cirurgião-dentista atua em articulação com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e demais profissionais da equipe multiprofissional. Essa integração favorece a construção de projetos terapêuticos singulares, considerando as necessidades específicas dos usuários e os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (BRASIL, 2017).

A articulação entre diferentes serviços e profissionais possibilita que o cuidado à população em situação de rua ocorra de maneira mais contínua e

adequada às necessidades dos usuários. A integração entre os serviços de saúde bucal, saúde mental, Atenção Primária à Saúde e assistência social favorece o acompanhamento dos indivíduos em diferentes pontos da rede de cuidado, contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços e fortalecimento da continuidade do cuidado (BRASIL, 2021).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atuação integrada entre diferentes profissionais e serviços da rede de atenção à saúde constitui elemento fundamental para a efetivação da integralidade do cuidado, possibilitando respostas mais adequadas às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar e a articulação entre diferentes políticas públicas tornam-se essenciais no cuidado à população em situação de rua, considerando a complexidade das vulnerabilidades vivenciadas por esse grupo.

No campo da saúde bucal, o trabalho interprofissional favorece a construção de práticas de cuidado mais humanizadas e articuladas às necessidades da população em situação de rua. A integração entre o cirurgião-dentista e os demais profissionais da equipe possibilita a identificação precoce de agravos odontológicos, o desenvolvimento de ações educativas e a ampliação do cuidado oferecido à população em situação de rua. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atuação multiprofissional fortalece a integralidade da atenção e contribui para a construção compartilhada das ações em saúde (BRASIL, 2017).

A literatura em saúde coletiva destaca que o trabalho interprofissional favorece a construção de práticas de cuidado centradas nas necessidades dos usuários, fortalecendo a integralidade da atenção e a articulação entre os diferentes pontos da rede de saúde (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista no contexto do Consultório na Rua deve ocorrer de maneira integrada às demais áreas da saúde, contribuindo para a construção de estratégias de cuidado mais inclusivas, resolutivas e adequadas às condições de vida da população em situação de rua.

8 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ODONTOLOGIA SOCIAL

A atuação do cirurgião-dentista no contexto da saúde coletiva exige competências que ultrapassam o domínio técnico-científico tradicional. O cuidado à população em situação de rua demanda compreensão das vulnerabilidades sociais, capacidade de atuação interprofissional e desenvolvimento de práticas de cuidado mais acolhedoras e humanizadas (BRASIL, 2021).

Dessa forma, torna-se importante discutir como a formação acadêmica em Odontologia tem preparado os profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde e no cuidado de populações socialmente vulneráveis. Aspectos relacionados à formação humanística, à educação permanente e às lacunas existentes no processo formativo tornam-se fundamentais para a compreensão dos desafios enfrentados pelos profissionais na prática cotidiana.

Nesse contexto, torna-se relevante analisar como a formação acadêmica em Odontologia tem incorporado os princípios da saúde coletiva e preparando os futuros profissionais para atuar em diferentes realidades sociais e nos diversos cenários de atenção à saúde.

8.1 Lacunas na formação acadêmica

A formação acadêmica em Odontologia apresenta importantes desafios relacionados à preparação dos futuros profissionais para atuação no campo da saúde coletiva. Em muitos casos, o processo formativo permanece fortemente

centrado no modelo clínico tradicional, com maior valorização das práticas curativas e especializadas.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, a formação do cirurgião-dentista deve contemplar perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, voltado às necessidades sociais da população e aos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2021). Entretanto, Warmling *et al.* (2016) apontam que ainda existem limitações na inserção de conteúdos relacionados às vulnerabilidades sociais e à atuação em saúde pública durante a graduação.

Segundo Warmling *et al.* (2016), a formação odontológica ainda sofre forte influência do modelo biologicista e tecnicista, o que pode dificultar a compreensão ampliada do processo saúde-doença e limitar a preparação profissional para atuação em contextos de vulnerabilidade social. Os autores destacam que o predomínio de uma formação voltada prioritariamente para procedimentos clínicos e especializados pode contribuir para o distanciamento entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a formação voltada predominantemente para o ambiente clínico pode reduzir as oportunidades de contato dos estudantes com realidades sociais marcadas pela desigualdade, exclusão social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa limitação torna-se ainda mais evidente no cuidado à população em situação de rua, considerando que a atuação profissional exige habilidades relacionadas ao acolhimento, à escuta qualificada, ao trabalho interprofissional e à compreensão dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (Warmling *et al.*, 2016).

Além disso, muitos estudantes possuem pouco contato, ao longo da graduação, com experiências práticas em territórios vulnerabilizados e serviços voltados à população em situação de rua. Warmling *et al.* (2016) ressaltam que a aproximação entre ensino, serviço e comunidade constitui elemento importante para a formação de profissionais mais críticos e preparados para atuação na saúde coletiva, favorecendo uma compreensão mais ampliada das necessidades sociais da população.

A inserção dos estudantes em cenários de prática vinculados ao Sistema Único de Saúde também contribui para o desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado integral, ao trabalho em equipe e à construção de práticas de cuidado mais humanizadas. Nesse sentido, experiências desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde e em estratégias territoriais possibilitam maior aproximação dos futuros profissionais com as demandas sociais presentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2021).

Dessa forma, torna-se necessário fortalecer estratégias de formação que aproximem os estudantes da realidade social vivenciada pelos usuários do Sistema Único de Saúde, ampliando a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as diferentes realidades presentes nos territórios. Essas iniciativas contribuem para o desenvolvimento de profissionais mais preparados para atuar na saúde coletiva e no cuidado à população em situação de vulnerabilidade social, favorecendo práticas profissionais mais sensíveis às necessidades dos usuários e comprometidas com os princípios do SUS.

8.2 Educação permanente

A qualificação contínua dos profissionais de saúde representa um elemento fundamental para o fortalecimento das práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. No cuidado à população em situação de rua, a atualização permanente torna-se ainda mais necessária diante da

complexidade das demandas apresentadas pelos usuários e das especificidades relacionadas ao trabalho territorial (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estabelece que os processos formativos devem ocorrer de maneira integrada ao cotidiano dos serviços, considerando os problemas e necessidades identificados no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2009). A educação permanente possibilita reflexão crítica sobre as práticas profissionais e favorece a construção coletiva de estratégias de cuidado mais resolutivas e adequadas às necessidades da população.

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam que a educação permanente em saúde deve estar articulada às práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, promovendo a transformação dos processos de trabalho e fortalecimento das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais. Nesse sentido, a aprendizagem ocorre a partir das experiências vivenciadas pelos profissionais no cuidado em saúde.

No contexto do Consultório na Rua, os profissionais frequentemente se deparam com situações relacionadas à vulnerabilidade social, sofrimento psíquico, uso de substâncias psicoativas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Diante dessa realidade, a educação permanente torna-se importante para ampliar a capacidade das equipes em desenvolver práticas de cuidado mais acolhedoras, humanizadas e articuladas aos princípios da APS (BRASIL, 2021).

No campo da saúde bucal, a educação permanente contribui para ampliar a compreensão do cirurgião-dentista sobre os aspectos sociais, culturais e territoriais envolvidos no cuidado à população em situação de rua. Além disso, favorece o desenvolvimento de práticas relacionadas ao acolhimento, à redução de danos, à promoção da saúde e ao trabalho interprofissional.

A troca de experiências entre profissionais de diferentes áreas também constitui importante ferramenta de aprendizagem no cotidiano dos serviços. De acordo com Merhy (2002), o trabalho em saúde envolve processos relacionais e produção do cuidado, tornando fundamental a construção compartilhada de saberes entre os profissionais e o fortalecimento das práticas interdisciplinares.

Além disso, a educação permanente possibilita que os profissionais reflitam criticamente sobre práticas estigmatizantes e preconceitos ainda presentes nos serviços de saúde, contribuindo para construção de abordagens mais éticas e sensíveis às necessidades da população em situação de rua (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a educação permanente torna-se fundamental para a qualificação das práticas profissionais e para o fortalecimento da atuação do cirurgião-dentista na saúde coletiva, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais inclusivas, humanizadas e compatíveis com as necessidades dos usuários.

Além da qualificação técnica e da atualização permanente, a atuação do cirurgião-dentista no contexto da saúde coletiva requer sensibilidade para compreender as diferentes realidades sociais vivenciadas pelos usuários. Nesse sentido, a formação humanística constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais éticas, acolhedoras e comprometidas com os princípios do Sistema Único de Saúde.

8.3 Formação humanística

A formação humanística constitui um aspecto essencial para a atuação do cirurgião-dentista no cuidado à população em situação de rua. O trabalho em saúde exige não apenas conhecimentos técnicos, mas também sensibilidade para

compreender as vulnerabilidades sociais e as condições de vida que interferem diretamente no processo saúde-doença (BRASIL, 2021).

As Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia destacam a necessidade de formação ética, crítica e humanista, comprometida com as necessidades sociais da população e com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2021). Nesse contexto, a formação humanística contribui para o desenvolvimento de práticas profissionais pautadas no acolhimento, na escuta qualificada e no respeito às singularidades e às condições de vida dos usuários.

Ayres (2004) destaca que o cuidado em saúde deve ultrapassar a dimensão exclusivamente técnica, considerando também os aspectos humanos, sociais e subjetivos envolvidos no processo saúde-doença. Sob essa perspectiva, a atuação do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua exige sensibilidade para reconhecer as vulnerabilidades vivenciadas pelos usuários e desenvolver práticas de cuidado mais acolhedoras e humanizadas.

No cuidado à população em situação de rua, essas habilidades tornam-se fundamentais diante das frequentes experiências de exclusão social, preconceito e dificuldades de acesso aos serviços de saúde vivenciadas por esse grupo. Muitas vezes, os usuários carregam trajetórias marcadas pela fragilidade de vínculos sociais e pela negação de direitos básicos, fatores que podem dificultar a aproximação com os serviços de saúde e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2021).

A formação humanística favorece a compreensão de que o cuidado em saúde bucal não deve estar restrito apenas ao tratamento das doenças, mas envolver também aspectos relacionados à dignidade, cidadania e acesso aos direitos sociais. Nesse sentido, o cirurgião-dentista passa a compreender o usuário de maneira integral, considerando não apenas suas necessidades

clínicas, mas também os aspectos sociais e emocionais envolvidos no cuidado (Ayres, 2004).

Nessa perspectiva, as práticas de cuidado humanizadas contribuem para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, ampliar a adesão às ações de saúde e favorecer a continuidade do acompanhamento nos serviços de saúde (Ayres, 2004). Além disso, Merhy (2002) ressalta que o cuidado em saúde envolve tecnologias relacionais, nas quais o acolhimento, a escuta e a construção de vínculo constituem elementos fundamentais para a produção do cuidado.

Valorizar a formação humanística durante a graduação contribui para reduzir práticas estigmatizantes ainda presentes nos serviços de saúde, favorecendo uma atuação profissional mais ética e sensível às necessidades da população em situação de rua. Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam que a formação em saúde deve estar comprometida com a realidade social da população e articulada aos princípios do Sistema Único de Saúde, possibilitando o desenvolvimento de profissionais mais críticos, reflexivos e preparados para a atuação na saúde coletiva.

Apesar dos avanços relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia, observa-se que nem todas as instituições de ensino conseguem desenvolver, de forma efetiva, estratégias voltadas à formação humanística e à aproximação dos estudantes com a realidade social vivenciada pela população usuária do Sistema Único de Saúde. Em muitos cursos, a formação permanece fortemente centrada no ambiente clínico e tecnicista, limitando as oportunidades de vivência em territórios vulnerabilizados e em serviços públicos de saúde (Warmling *et al.*, 2016).

A ausência ou limitação de experiências práticas no âmbito da APS, bem como a pouca inserção dos estudantes em ações sociais e atividades territoriais,

podem dificultar a compreensão das desigualdades sociais que interferem diretamente nas condições de saúde da população. Nesse contexto, a aproximação com diferentes realidades sociais durante a graduação torna-se fundamental para a formação de profissionais mais preparados para atuação humanizada, crítica e comprometida com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado (Warmling *et al.*, 2016).

Entende-se que a formação do cirurgião-dentista deve ir além da capacitação técnica, incorporando também dimensões sociais, éticas e humanas fundamentais para a atuação no Sistema Único de Saúde. De acordo com Ayres (2004), o cuidado em saúde deve considerar o sujeito em sua integralidade, reconhecendo as múltiplas vulnerabilidades que interferem no processo saúde-doença. Assim, o fortalecimento de práticas formativas voltadas à saúde coletiva, ao acolhimento e ao cuidado humanizado torna-se essencial para a construção de profissionais mais preparados para atuar diante das desigualdades sociais e contribuir para a efetivação do direito à saúde e à saúde bucal da população em situação de rua.

9 CONCLUSÃO

A população em situação de rua vivencia múltiplas vulnerabilidades sociais que interferem diretamente nas condições de saúde e dificultam o acesso aos serviços odontológicos. Nesse contexto, a atuação do cirurgião-dentista no âmbito do Sistema Único de Saúde assume papel fundamental na promoção do cuidado integral e na redução das desigualdades em saúde bucal.

Ao longo deste estudo, observou-se que a criação de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso à saúde, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e das equipes de Consultório na Rua, representa importante avanço no cuidado à população em situação de rua. Essas estratégias favorecem maior aproximação entre os serviços de saúde e os usuários,

contribuindo para a construção de vínculo, acolhimento e continuidade do cuidado. Entretanto, mesmo com a garantia constitucional do direito à saúde, a população em situação de rua ainda enfrenta importantes barreiras de acesso aos serviços e permanece, muitas vezes, à margem das políticas públicas e da rede de atenção à saúde.

Além do atendimento clínico, verificou-se que a atuação do cirurgião-dentista nesse contexto envolve ações de promoção da saúde, educação em saúde, redução de danos e trabalho interprofissional, exigindo práticas de cuidado mais humanizadas, inclusivas e territorializadas. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a considerar não apenas os aspectos biológicos das doenças, mas também os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença e as condições de vida dos usuários.

O estudo também evidenciou a importância da formação profissional voltada à saúde coletiva, destacando a necessidade de fortalecimento de práticas formativas que contemplem aspectos éticos, sociais e humanísticos. A aproximação dos estudantes com diferentes realidades sociais durante a graduação, associada à educação permanente em saúde, constitui elemento fundamental para a qualificação das práticas profissionais e o fortalecimento da atuação odontológica no Sistema Único de Saúde. Além disso, torna-se necessário ampliar experiências formativas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos serviços territoriais, favorecendo o desenvolvimento de profissionais mais preparados para atuar junto às populações em situação de vulnerabilidade social.

Diante do exposto, conclui-se que a atuação efetiva do cirurgião-dentista junto à população em situação de rua depende da articulação entre políticas públicas, formação profissional qualificada e estratégias de cuidado pautadas na equidade, na humanização e na integralidade da atenção. O fortalecimento

dessas ações contribui para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal, reduzir desigualdades e promover o reconhecimento da saúde como direito fundamental de todos os cidadãos.

Assim, a efetivação do direito à saúde bucal da população em situação de rua depende não apenas da existência de políticas públicas, mas também do desenvolvimento de estratégias de cuidado comprometidas com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e humanização. Nesse contexto, o cirurgião-dentista possui papel estratégico na construção de práticas de cuidado mais acolhedoras e inclusivas, contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e o fortalecimento da cidadania dessa população.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dhTDjrQxGYzNpx7bhZHtmTr/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr.2026.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 49-83.
- BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/?lang=pt&ilang=pt_BR. Acesso em: 01 abr. 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/pdf/resolucoes-do-cne/ces/2021/rces003_21.pdf. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114572.htm. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_Rua.pdf/@download/file. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/@download/file>. Acesso em: 07 abr. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>. Acesso em: 07 abr. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde bucal**: Brasil Sorridente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/@download/file>. Acesso em: 07 abr. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014**. Amplia o rol das categorias profissionais que poderão compor as equipes de Consultório na Rua (eCR). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114710-20141104154400portaria-n-1-029-de-20-de-maio-de-2014-legislacao-federal.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvmsms-saude-gov-br-bvs-saudelegis-gm-2012-prt0122_25_01_2012-html_0.pdf. Acesso em: 07 abr. 2026

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência especializado para população em situação de rua – Centro Pop. Brasília, DF: MDS, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr.2026.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 abr.2026.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

NATALINO, Marco. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**: setembro de 2012 a março de 2020. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/84f975ab-7824-4406-969b-608e7077b625>. Acesso em: 21 abr. 2026.

LIMA, Lavínea Silva de; PAIVA, Karime de Castro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Condição bucal da população em situação de rua e o impacto em sua qualidade de vida: estudo transversal. Principia: **Caminhos da Iniciação Científica**, Juiz de Fora, MG, v. 21, n. 16, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/principia/article/view/34002>. Acesso em: 21abr. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PERES, Marco Aurélio *et al.* Desigualdades em saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2019.

PIUZANA, Fernando Braz; RAMOS, Andreia Aparecida de Miranda. Universalização do acesso: um desafio para a população em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, supl. 3, 2023. Disponível em: <https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/322>. Acesso em: 21abr. 2026.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

VARANDA, W.; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CPFwkZBjHZXSS6YX4djjQ4B/?lang=pt>. Acesso em: 21abr. 2026.

WARMLING, C. M. *et al.* Formação em Odontologia e saúde coletiva: limites e possibilidades. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 57-67, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030**. [Genebra: WHO], 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd9c07d6-9b29-4f94-8fb7-4c2d44906109/content>. Acesso em: 21abr. 2026.