

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**CAMILA ADRIANE LEFFA ROSA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
REVISÃO DE ESCOPO**

Porto Alegre

2021

**CAMILA ADRIANE LEFFA ROSA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Mello dos Santos

Porto Alegre

2021

**CAMILA ADRIANE LEFFA ROSA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Mello dos Santos

Porto Alegre, 25 de novembro de 2021

---

Profa. Dra. Camila Mello dos Santos  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Renato José De Marchi  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### CIP - Catalogação na Publicação

Leffa Rosa, Camila Adriane  
Condições de saúde bucal da população em situação  
de rua: revisão de escopo / Camila Adriane Leffa Rosa.  
-- 2021.  
56 f.  
Orientador: Camila Mello dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2021.

1. vulnerabilidade social . 2. saúde bucal . 3.  
população em situação de rua . I. Mello dos Santos,  
Camila, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me deu a vida e conduziu-me até aqui.

Quero agradecer a quem, muito antes de eu pensar em me tornar dentista, fez-me enxergar a vida com propósito e dar cada passo com amor. Carmen, mãezinha, tu sempre foste uma inspiração para mim e muito do que sou é reflexo do que me ensinaste. Desejo te agradecer muito por sempre acreditar em mim, na minha evolução e por me fazer querer ser alguém melhor a cada dia. A conclusão deste curso é, também, uma conquista tua e espero te orgulhar, assim como me encheste de orgulho de ser tua filha. Também, preciso agradecer àqueles que sempre me apoiaram e são a minha base. Moisés, meu pai; Karine, minha irmã e melhor amiga; Eduardo, meu querido cunhado; e Giovana, minha amada sobrinha, que enche de alegria a minha vida. Desculpem-me as ausências durante esses anos e muito obrigada pelo amor incondicional. Minha querida avó, Araí, que sempre dedicou suas orações aos meus planos e realizações, meu muito obrigada!

Minhas queridas amigas, que acompanharam de perto esta caminhada, Mariana e Jamile, obrigada pelos incentivos e momentos descontraídos nesse período. Minhas amigas e colegas de curso, Giovana, Gabriela, Natália, Nayara e Fabiane, agradeço por compartilharem esses anos comigo e por me oportunizarem estudos, conversas, risadas e desabafos. Com certeza, vou levar essa amizade para a vida e estarei sempre torcendo pelo sucesso de cada uma, vocês são essenciais na minha vida.

À minha equipe de trabalho do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS), que, desde 2019/1, tem tido grande importância na minha trajetória acadêmica. Aos queridos bolsistas do CPOS que cruzaram meu caminho durante esses anos, muito obrigada pelas conversas, cafés e trabalhos compartilhados, mesmo em modo “ERE” conseguimos construir bons projetos juntos. Em especial, meu muito obrigada a vocês, Camila e Karla, sou eternamente grata pelo convívio afetuoso e pelo conhecimento compartilhado. Sempre vou lembrar, com muito carinho, de tudo que vivemos juntas.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o acontecimento deste trabalho: aos colegas de curso Guilherme, Giulia, Isadora e Gabriela, que trouxeram a temática ao CPOS e contribuíram na realização desta pesquisa, à minha querida Profa. de inglês, Junie, que realizou a revisão das traduções e à Gabriela, que realizou a confecção do mapa dos países, muito obrigada. À Karla, meu muito obrigada por todo conhecimento compartilhado de forma tão desprendida e atenciosa.

Aos componentes da banca, Prof. Renato, obrigada por me estimular a desenvolver um olhar atento e humano em saúde durante a graduação, por demonstrar e contagiar-me com sua crença na saúde pública; e Prof. Fernando, obrigada por ter me apresentado o CPOS e, com isso, ter sido parte do meu crescimento pessoal e profissional. A ambos, obrigada por aceitarem avaliar este trabalho e por disponibilizarem o seu conhecimento. A realização deste estudo me proporcionou desenvolver novas habilidades, aprofundar meus conhecimentos sobre uma realidade sofrida vivenciada por muitas pessoas que, muitas vezes, não queremos enxergar, e, com isso, avivar o meu propósito inicial ao escolher ser profissional da saúde, relacionar-me com pessoas e construir elos que possibilitem melhor saúde e qualidade de vida.

Por fim, quero agradecer muito à minha orientadora Camila que, desde que entrei no CPOS, tem-me incentivado e compartilhado muitos ensinamentos, vou levar comigo cada conversa que tivemos. Obrigada por acreditar em mim e por fazer este trabalho acontecer. Foi uma oportunidade incrível aprender contigo e compartilhar tantos momentos ao teu lado!

## RESUMO

A falta de moradia adequada é um ataque profundo à dignidade, à inclusão social e ao direito à vida e impacta diretamente o bem-estar e a saúde das pessoas. Os problemas de saúde enfrentados pela população em situação de rua têm origem em circunstâncias diversas. Com relação à temática saúde bucal, existem diferentes fatores que condicionam essas pessoas como uma população vulnerável para doenças bucais. O objetivo do presente trabalho foi mapear a literatura sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua. Esta revisão de escopo seguiu as diretrizes PRISMA-ScR e um protocolo foi realizado previamente à revisão. As bases de dados Web of Science, Scopus Database, Medline (Pubmed) e Embase foram utilizadas tendo uma combinação dos descritores “homeless”, “oral health” e “dental health”. Foram selecionados estudos publicados desde o início das bases de dados até 21 de maio de 2021. Dois revisores independentes analisaram e selecionaram os artigos; e, nos casos de discrepância entre os revisores, um terceiro revisor foi consultado. Após as exclusões foram selecionados 39 artigos. Verificou-se que estudos com esta temática têm sido publicados desde 1984 e que sujeitos em tal contexto apresentam índices elevados de cárie e perdas dentárias durante a vida, demonstrando a precária condição de saúde bucal. Esse cenário evidencia a necessidade de um olhar atento para o cuidado prestado a essas pessoas e de desenvolvimento de ações considerando-as em sua integralidade biopsicossocial. Nesse sentido, são fundamentais estudos que verifiquem as condições em saúde bucal das populações em situação de rua e que permitam associar estes resultados à efetividade de ações em saúde bucal. Sugere-se que mais estudos sejam realizados com outros enfoques, fontes de dados e diferentes descritores para ampliar o conhecimento na área, que recomendem soluções para os problemas identificados nesta pesquisa, tendo em vista os modelos de implementação dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** saúde bucal; população em situação de rua; vulnerabilidade social.

## ABSTRACT

The lack of adequate housing is a substantial attack on dignity, social inclusion, and the right to life, directly impacting people's well-being and their health. The health problems faced by the homeless population originate from different situations. Regarding the issue of oral health, there are different factors that make homeless people a vulnerable population for oral diseases. The objective of this study was to map out the literature about oral health conditions of the homeless population. This scope review followed PRISMA-ScR guidelines, and a protocol was performed prior to the review. The Web of Science, Scopus Database, Medline (Pubmed) and Embase databases were used with a combination of the descriptors “homeless”, “oral health” and “dental health”. Studies published since the beginning of the databases to May 21, 2021, were selected. Two independent reviewers analyzed and selected the articles; in cases of discrepancy between reviewers, a third reviewer was consulted. After the exclusions, 39 articles were selected. It was found that studies on this theme have been published since 1984 and that the homeless populations have high rates of cavities and tooth loss throughout their lifetime, demonstrating their precarious oral health status. This scenario highlights the need for a careful look at the care provided to these people and the development of actions considering people in their bio-psycho-social integrality. Studies that verify the oral health conditions of homeless populations are considered essential and that, also, these results could be associated with the effectiveness of oral health actions. It is recommended that more studies should be conducted with other approaches, data sources and different descriptors to expand understanding on this field, which recommend solutions to the problems identified in this research, in view of the implementation models of health services.

**Keywords:** oral Health, homeless population, social vulnerability.



## SUMÁRIO

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1</b>  | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                     | <b>9</b>  |
| <b>2</b>  | <b>OBJETIVO.....</b>                       | <b>13</b> |
| <b>3</b>  | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>          | <b>14</b> |
| <b>4</b>  | <b>MÉTODOS.....</b>                        | <b>18</b> |
| 4.1       | QUESTÃO DE PESQUISA.....                   | 18        |
| 4.2       | ESTRATÉGIA DE BUSCA.....                   | 18        |
| 4.3       | CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....      | 19        |
| 4.4       | SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....                   | 19        |
| 4.5       | EXTRAÇÃO E SUMARIZAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 20        |
| 4.6       | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....                  | 20        |
| <b>5.</b> | <b>RESULTADOS.....</b>                     | <b>21</b> |
| <b>6.</b> | <b>DISCUSSÃO.....</b>                      | <b>42</b> |
| <b>7.</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>           | <b>47</b> |
|           | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                    | <b>48</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O direito à moradia adequada é, em sua essência, o direito a um lugar para viver com dignidade e segurança e inter-relaciona-se a outros direitos humanos como direito à igualdade, não discriminação e direito à vida (UNITED NATIONS, 2017). A falta de moradia adequada afeta a todos os países, ameaçando a saúde e a vida das pessoas mais vulneráveis (UNITED NATIONS, 2019).

Não há uma definição universal convencionada para pessoas em situação de rua. Contudo a definição para “sem-teto”, pactuada entre um grupo de *experts* no tema, é:

[...] é uma condição em que uma pessoa ou grupo familiar carece de espaços habitáveis com segurança de posse, direitos e capacidade de usufruir das relações sociais, incluindo segurança. A situação de rua é uma manifestação de extrema pobreza e uma falha de vários sistemas e da implementação dos direitos humanos. (UNITED NATIONS, 2019, p. 25)

A partir dessa definição, apresenta-se quatro categorias de pessoas sem-teto, são elas:

- - Pessoas que vivem nas ruas ou em espaços abertos como calçadas ou carros.
- - Pessoas que vivem em locais provisórios, de emergência ou de crise, como albergues e locais de acolhimento temporários.
- - Pessoas que vivem em locais extremamente inadequados ou inseguros, com casas superlotadas, edifícios inacabados ou abandonados.
- - Pessoas que não têm acesso à moradia adequada por questões financeiras, como pessoas que vivem com amigos, em pensões ou hotéis baratos.

A habitação adequada é uma das necessidades humanas mais básicas, sem a qual o ser humano acaba por viver em condições precárias e limitadas. No entanto o número de indivíduos e grupos vulneráveis que vivem sem habitação tem aumentado em todo o mundo, atingindo países de baixa, média e alta renda, estando presente em contextos urbanos, suburbanos e rurais (UNITED NATIONS, 2019).

Estima-se que cerca de cem milhões de pessoas no mundo estão desabrigadas. E, também, que 1,6 bilhão de pessoas (cerca de 20% da população mundial) pode estar vivendo em habitações inadequadas (UNITED NATIONS, 2019). Para exemplificar, há a situação brasileira, em que, segundo Natalino (2020), a população em situação de rua cresceu cerca de 140% a partir de 2012, chegando a quase 222 mil pessoas em março de 2020 e a perspectiva é que esta situação se acentue ainda mais com a crise econômica atual.

A moradia adequada é um dos direitos humanos fundamentais reconhecido pela comunidade internacional. A falta de moradia adequada tem impacto direto em outros aspectos do desenvolvimento humano, como saúde, bem-estar, trabalho, justiça, desigualdade social, paz e crescimento econômico (UNITED NATIONS, 2019).

De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU, no Relatório sobre a Situação Social Mundial de 2003, a vulnerabilidade decorre de muitas situações e pode ser atribuída a diversos fatores, como aspectos físicos, ambientais, socioeconômicos e políticos. Em essência, a vulnerabilidade pode ser definida como “um estado de exposição a certos riscos e incertezas, em combinação com uma reduzida capacidade de proteger ou defender-se contra esses riscos e incertezas e lidar com as suas consequências negativas” (UNITED NATIONS, 2003, p. 8).

Para Stafford e Wood (2017), acabar com a falta de moradia não requer apenas uma resposta direta a ela, mas também requer intervenções em torno de uma série de determinantes sociais, como combater a pobreza, violência, traumas, desvantagem educacional e discriminação, fatores esses que sustentam a falta de moradia.

Os problemas de saúde enfrentados pela população em situação de rua (PSR) têm origem em situações diversas. O contexto em que estão inseridas implica diretamente na condição de saúde na qual se encontram. Pode-se destacar como pontos de complexidade no cuidado em saúde desta população o uso de drogas, a dificuldade de prevenção de certos agravos transmissíveis (como tuberculose, dermatoses), problemas em saúde mental e o rompimento de vínculos na relação familiar. O cuidado integral do indivíduo deve ser preconizado, não levando em conta apenas os fatores biológicos, mas incorporando a estes os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a subjetividade dos sujeitos (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco vivenciados pela PSR podem ser causa ou consequência da falta de moradia e coincidem em maior taxa de mortalidade, morbidade, saúde mental precária e uso de drogas lícitas e ilícitas, afetando diretamente a saúde física, mental e o acesso aos serviços de saúde por parte desses indivíduos. Partindo dessas preocupações, um estudo realizado entre pessoas em situação de rua em Dublin concluiu que um terço da amostra do estudo relatou uso atual de drogas ilícitas. Dessa forma foi possível analisar que os usuários de drogas atuais e anteriores tinham cinco vezes mais probabilidade de sofrer multimorbidade e ter percepção de qualidade de vida inferior quando comparados aos que nunca usaram drogas. Ao levar em consideração a utilização de serviços de saúde, o estudo mostrou que os serviços de atenção primária foram os mais utilizados, enquanto outros serviços, como tratamento odontológico,

foram menos procurados pelos indivíduos em situação de rua usuários de drogas, demonstrando o impacto negativo das drogas na saúde física e percepção da qualidade de vida entre essa população (O'BRIEN *et al.*, 2015).

Segundo Lebrun-Harris *et al.* (2013), pessoas em situação de rua experienciam uma situação na qual grande parte delas necessita de atendimento e cuidados médico, odontológico e psicológico quando comparadas a indivíduos que não vivenciam essa condição, enquanto, em contrapartida, não veem suas necessidades atendidas de forma adequada. Esse fato possivelmente é um fator condicionante dos dados que assinalam a grande disparidade no que tange à saúde entre a população em situação de rua e sua homóloga, principalmente quando se leva em consideração o fato de que esses cidadãos carecem somente, em sua maioria, de programas de saúde sociais.

Goode, Hoang e Crocombe (2018) colocam que a procura por serviços odontológicos por parte da população em situação de rua é prejudicada pelos custos dos serviços, por medo de dentistas e por experiências negativas, com relatos de atitudes desrespeitosas dos profissionais perante a PSR. Os autores ainda apresentam que, para facilitar o atendimento odontológico dessa população, são necessários flexibilidade no acesso, integração dos serviços de saúde geral com a saúde bucal e desenvolvimento de programas odontológicos próximos e vinculados a albergues e centros de acolhimento.

Para a abordagem em saúde bucal da PSR as atividades devem ser apropriadas às necessidades e circunstâncias da população-alvo. Visto que se trata de uma população que vive em um ambiente no qual escolhas saudáveis não são disponíveis, o trabalho em saúde bucal precisa extrapolar o sentido somente da assistência e educação em saúde; a saúde bucal contribui para a construção de vínculo e possibilita o resgate da autoestima, podendo contribuir para a reinserção social e exercício da cidadania (BRASIL, 2012a).

A desigualdade e a exclusão social não podem ser resolvidas apenas por meio da compreensão da pessoa em situação de rua e de todos os problemas que circundam suas vidas pessoais e sociais, porém a utilização de pesquisas como forma de denúncia social pode possibilitar a visibilidade dessa situação, permitindo que se estabeleçam políticas públicas mais universais e justas (PAIVA *et al.*, 2016). Há a necessidade contínua de focalizar as questões de saúde que afetam desproporcionalmente as populações de rua, considerando que a falta de moradia é um fator de risco independente para necessidades médicas em geral (LEBRUN-HARRIS *et al.*, 2012).

Pesquisas que abordem condições em saúde bucal da população em situação de rua se tornam relevantes, pois podem embasar políticas públicas, buscando estabelecer prioridades e reduzir as iniquidades e o impacto dos agravos na qualidade de vida das pessoas.

## **2. OBJETIVO**

Mapear a literatura sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o documento de discussão de políticas sobre atendimento odontológico para indivíduos em situação de rua publicado pela British Dental Association (BDA) (2003), existem duas abordagens amplas para explicar as causas da falta de moradia. O primeiro centra fatores pessoais, que são específicos de cada pessoa nessa situação. Isso pode levar a uma ideia de culpa da vítima (atribuindo a falta de moradia à falta de capacidade e irresponsabilidade do indivíduo). Mas também pode assumir a forma de uma explicação que vê pessoas em situação de rua como vítimas de problemas pessoais pelos quais não podem ser mantidos inteiramente como responsáveis. Problemas de saúde mental, doença física, ruptura de relacionamentos, violência doméstica, dependência/uso de substâncias (quando isso é considerado uma forma de doença).

A segunda abordagem para explicar a falta de moradia concentra-se em fatores estruturais. Essa abordagem explica a falta de moradia como consequência de problemas enraizados na sociedade, incluindo habitação, como altos preços de propriedade, escassez de alojamento barato alugado (tanto no setor privado como na forma de habitação social), assuntos referentes à pobreza: desemprego, dívida, benefícios, trabalho irregular e/ou mal remunerado, mudanças nas estruturas familiares (divórcio/ruptura de relacionamentos). E ainda, nas últimas décadas, tais fatores estruturais (em grande parte, resultantes de políticas de governo) criaram uma onda dos chamados "novos desabrigados". Este termo indica uma distinção entre aqueles que "caíram na 'armadilha da pobreza'" causada pela política governamental e os "tradicionais" sem-teto "que sempre existiram na sociedade (BRITISH DENTAL ASSOCIATION, 2003).

Os indivíduos em situação de rua se fazem presentes em grande quantidade nas regiões centrais das metrópoles devido ao fato de que essas áreas têm maior probabilidade de oferecer possibilidades para seu "modo de levar a vida" pela grande concentração de serviços, baixa concentração de residências e alta circulação de pessoas. A rua pode constituir dois segmentos na vida dessa população: ora se constitui em abrigo para aqueles que, sem recursos, dormem sob marquises de lojas, viadutos, bancos de praças, e ora ser um modo de vida para os que já construíram nela um hábitat e que estabelecem com ela uma rede de relações e hábitos (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Fatores sociais como educação, emprego e renda exercem forte influência sobre a saúde de uma pessoa. E em todos os países, independente da renda, existem desigualdades no estado de saúde entre os grupos sociais, e o risco de desenvolver problemas de saúde aumentam entre indivíduos de baixa posição socioeconômica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Ao conceber as iniquidades em saúde como diferenças no acesso a bens e serviços promotores de saúde e diferenças no estado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), Carvalho (2013) apresenta a importância de entender que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam, e assim contribuir efetivamente para que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas. Os determinantes sociais da saúde são um conjunto de condições que impacta a saúde das populações, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, e englobam elementos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. No contexto de vulnerabilidade no qual as pessoas em situação de rua estão inseridas, as iniquidades em saúde, as necessidades e limitações de acesso aos serviços de saúde são bastante visíveis (ANDERSON *et al.*, 2006).

As pessoas em situação de rua são comumente relacionadas a quadros de multimorbidade, na pesquisa conduzida por Bowen *et al.* (2019), os autores verificaram alta prevalência de doenças mentais, abuso de substâncias como álcool e drogas e doenças infecciosas no grupo analisado. Estes problemas, combinados, produzem necessidades de saúde mais complexas e demandas de atendimento de emergência mais frequente do que entre a população em geral. Além disso, Anderson *et al.* (2006) relatam necessidades que as pessoas em situação de rua podem demandar, entre elas estão: problemas de saúde mental, mau uso de várias substâncias, transtornos de personalidade, comportamento ofensivo, dificuldades de aprendizagem, deficiências, problemas de saúde física, comportamentos desafiadores e vulnerabilidade devido à idade.

Diferentes fatores dificultam o acesso e a continuidade no atendimento em saúde para pessoas em situação de rua, alguns deles são: a baixa autoestima, alimentação inadequada, sintomas imperceptíveis, a dinâmica da rua, o que dificulta que os remédios sejam tomados com regularidade, roubo dos seus pertences ou recolhimento pelos órgãos públicos. A dificuldade para ir a consultas médicas e seguir orientações dos profissionais de saúde também podem estar relacionadas com a necessidade de procurar abrigo para dormir, a preocupação constante com a violência, o constante estado de vigilância e preparação para “fugir” ou “reagir”, falta de tempo para procurar atendimento por não querer deixar seu trabalho, seus pertences ou vergonha pela sua condição de higiene ou vestimentas (BRASIL, 2012a).

Diante das barreiras e riscos à saúde que a PSR está exposta, Morrison (2009) afirma que a falta de moradia deve ser considerada um fator de risco independente para mortalidade, e parte deve-se à alta prevalência de morbidades. No estudo concluiu que para todos os pacientes que passaram por hospitalização por doenças infecciosas e problemas relacionados ao álcool



foram associados com riscos muito elevados de morte subsequente. Nesse sentido, Daves e Wood (2018) entendem que o efeito que a falta de moradia tem sobre a saúde é profunda e crescente. Estar em situação de rua coloca um indivíduo em maior risco a muitos problemas e dificulta a organização de uma rotina de hábitos de higiene pessoal e de manutenção da saúde, visto que a preocupação com outras questões, como a próxima refeição, local para dormir, cuidar dos seus pertences e trabalhar, tornam-se mais relevantes. Diante disso, a população em situação de rua pode ser descrita como um grupo de pessoas que possuem muito pouco para atender às necessidades básicas de vida, que vivem entre a pobreza extrema e encontram-se constantemente com a vida ameaçada (SANTANA, 2014).

Com relação à temática em saúde bucal, existem diferentes fatores que tornam as pessoas em situação de rua como um grupo em vulnerabilidade para doenças bucais, como o estilo de vida instável, relacionado a fatores que fogem do controle da PSR, alimentação e higiene pessoal (incluindo oral) irregulares, com baixa prioridade dada a estes itens (BRITISH DENTAL ASSOCIATION, 2003). Além disso, de acordo com Csikar *et al.* (2019), outras variáveis como o custo do tratamento odontológico, ansiedade odontológica, falta de percepção da necessidade de tratamento, logística do acesso ao serviço e preconceito são tidas como barreiras diretas no acesso a cuidados odontológicos para esse grupo. O estilo de vida transitório e a exclusão social também são motivos pelos quais o desejo e a capacidade de acessar os serviços em saúde bucal são impactados.

No estudo de Csikar *et al.* (2019) também foram identificados facilitadores no acesso aos serviços, de acordo com o resultado das entrevistas, ter acesso aos tratamentos necessários em única consulta, acesso aos serviços em locais acessíveis, informações claras quanto ao custo ou gratuidade do serviço e redução da estigmatização e preconceito por parte dos profissionais foram soluções propostas pelos participantes. Também é de extrema relevância garantir que os locais de apoio às pessoas em situação de rua, como centros de assistência e albergues, conheçam e entendam os serviços que estão disponíveis para pessoas que vivem nesse contexto.

A qualidade de vida é definida como “as percepções dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.11). Freire *et al.* (2021) abordam a dor dentária como uma influência negativa na qualidade de vida das pessoas. No estudo, a prevalência e intensidade da dor na população em situação de rua foram maiores do que entre adultos e idosos entre a população geral do Brasil, país no qual a pesquisa foi realizada. Demonstrando a influência das precárias condições de vida na saúde bucal das pessoas, o autotratamento foi referido pela maioria dos participantes

em situação de rua com dor, incluindo o uso de medicamentos, álcool e outras drogas e a extração de seus dentes, revelando o grande sofrimento da população estudada. Um aspecto importante apresentando é que todas as atividades registradas na escala Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) como dificuldades para comer, evitar atividades de lazer, dificuldades para falar, vergonha ao sorrir ou falar, impedimento para trabalhar e não conseguir dormir foram associadas à dor, evidenciando que mesmo variáveis relacionadas a convívio social também são prejudicadas pela dor, e não somente aquelas relacionadas à mastigação.

Lesões de cárie, trauma dentário e quadros graves de doença periodontal são amplamente identificados entre as pessoas em situação de rua (BRITISH DENTAL ASSOCIATION, 2003). Hout e Heame (2014) analisaram a autopercepção em relação à saúde bucal de uma amostra de pessoas em situação de rua, nenhum participante relatou fazer uso de fio dental, seja no passado ou atualmente. A maioria dos participantes relatou perda dentária variando de um a doze dentes e ainda relataram problemas orais, incluindo dentes soltos, erosão dentária, cárie, gengivite e bruxismo.

Para Hawkesford *et al.* (2021), a autopercepção em saúde bucal pode refletir as experiências vividas, incluindo sintomas, comportamentos e funções orais satisfatórias ou não. No estudo realizado entre a população em situação de rua na Austrália, verificaram que 67,1% dos participantes relataram uma percepção “regular” ou “ruim”, sendo significativamente maior do que a da população em geral do país, refletindo maiores níveis de doenças orais vivenciadas pelo grupo desfavorecido.

O atendimento à população em situação de rua deve levar em consideração seu contexto de vida. Mago *et al.* (2018) relatam que a desigualdade em saúde está relacionada, em parte, à ansiedade e raiva causadas por percepções de desrespeito, discriminação e estigma por parte dos usuários. Entende-se ser importante a educação dos profissionais da saúde para atender às necessidades e sensibilidades das pessoas em situação de rua e ao formar e implementar políticas para prevenir doenças e melhorar o atendimento a estes indivíduos, entendendo a saúde não como sendo centrada apenas na assistência ao doente, mas na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocaram em risco (BRASIL, 2012a).

## 4. MÉTODOS

Esta revisão foi elaborada de acordo com a metodologia de uma revisão de escopo. As revisões de escopo são um tipo de síntese do conhecimento que mapeia sistematicamente as evidências sobre um assunto específico, identificando os principais conceitos, teorias, fontes de evidências e pesquisas (TRICCO *et al.*, 2018). Esta revisão de escopo segue as cinco etapas da metodologia de revisão de escopo de Arksey e O'Malley (2005): (1) identificação da questão de pesquisa, (2) identificação de estudos relevantes, (3) seleção dos estudos, (4) extração de dados, (5) mapeamento, resumo e relatórios de resultados. Um protocolo de pesquisa foi realizado e publicado previamente ([https://osf.io/kxm4t/?view\\_only=869ae6dc05e34dc2a68ff7cdb0b7cc12](https://osf.io/kxm4t/?view_only=869ae6dc05e34dc2a68ff7cdb0b7cc12)), sendo este e a revisão de escopo baseados nas diretrizes PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

### 4.1 QUESTÃO DE PESQUISA

A estratégia de PCC adotada foi P (população), C (conceito) e C (Contexto), sendo utilizada para identificar os conceitos da pergunta principal e construir a busca bibliográfica das evidências. Portanto, para esta revisão foi definido: P - pessoas sem-teto; C - o significado da situação de rua, quem são as pessoas em situação de rua; C – fatores relacionados à condição em saúde bucal. A partir desses elementos, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: o que tem sido publicado sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua?

### 4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca preliminar da produção científica foi realizada nas bases de dados Medline (Pubmed), Scopus Database, Web of Science e Embase, sendo selecionados os estudos publicados desde o início das bases de dados até 21 de maio de 2021.

As buscas foram feitas por meio de descritores e suas combinações, com operadores booleanos como “AND” e “OR” para a construção dessa estratégia, que foi construída nas bases de dados mencionadas anteriormente, usando os termos MeSH (Medical Subject Headings) como “homeless”, “oral health” e “dental health”. Além disso, as palavras Saúde Bucal, Pessoas em Situação de Rua e Vulnerabilidade Social foram utilizadas como palavras-chave. Essa etapa foi adaptada de acordo com a base de dados em que a busca foi realizada. O gerenciador de

referências Mendeley foi utilizado na organização dos artigos selecionados em cada base de dados e para a exclusão das duplicatas.

A estratégia de busca preliminar na base de dados Medline (Pubmed) foi: “homel \*” [Todos Campos]AND (“oral health” [Termos MeSH] OR (“oral” [Todos os campos] E “health” [Todos os campos]) OR “oral health” [Todos os campos] OR “dent \*” [Todos os campos]).

### 4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão no estudo

| <b>Critério</b>           | <b>Inclusão</b>   | <b>Exclusão</b>  |
|---------------------------|---|--|
| <b>Período</b>            | Sem limitação de tempo específico.  |  |
| <b>Língua</b>             | Publicados em inglês, espanhol ou português.  | Disponível exclusivamente em outras línguas.   |
| <b>Design do estudo</b>   | Literatura publicada de estudos qualitativos, quantitativos e teóricos que abordam condição em saúde bucal da população em situação de rua. | Literatura cinzenta, resumos, artigos editoriais, comentários, revisão de literatura (escopo, sistemática e outras), protocolo de pesquisa, dissertações, teses. |
| <b>Disponibilidade</b>    | Texto disponibilizado na íntegra.   | Resumos. Artigos de acesso pago com valores acima de R\$4.40.  |
| <b>Temática do estudo</b> | Condição em saúde bucal de pessoas em situação de rua.  |  |

Fonte: a autora

### 4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Conforme os critérios estabelecidos, dois pesquisadores independentes (CL, IO) selecionaram os artigos. Primeiramente, eles analisaram e selecionaram os artigos pelos títulos. Em seguida, fizeram a leitura dos resumos desses artigos pré-selecionados e, por fim, ambos fizeram a leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados. A discrepância entre os revisores foi resolvida por meio de uma discussão entre eles e, quando não houve consenso, um terceiro pesquisador (KF) foi consultado.

#### **4.5 EXTRAÇÃO E SUMARIZAÇÃO DOS DADOS**

Três pesquisadores independentes (CL, GB, CS) realizaram a leitura e extração dos dados dos artigos pré-selecionados, dessa forma, constatando sua relevância para a pesquisa. Os dados mapeados pelos pesquisadores foram organizados usando o *software* Microsoft® Excel em uma planilha estruturada, projetada para este estudo e inclui detalhes dos artigos como ano de publicação, autor(es), objetivo, participantes, conceito utilizado de população em situação de rua, localização, desenho do estudo e resultados. Um relatório narrativo segue com os resultados e descreve como eles se relacionam com o objetivo e a questão de pesquisa. Os resultados foram discutidos com base na literatura envolvendo condições de saúde bucal e pessoas em situação de rua.

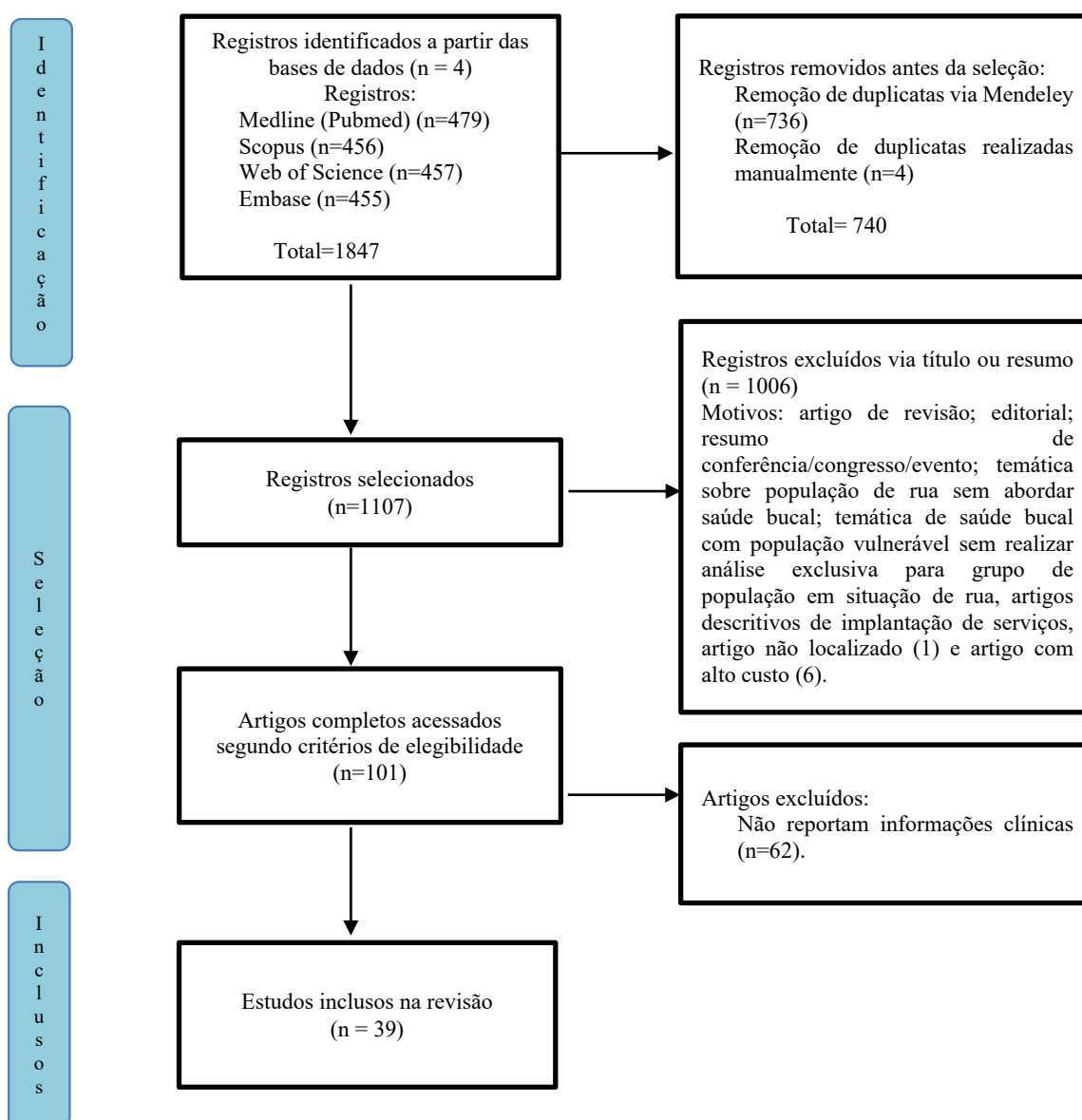
#### **4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo contou com a análise de dados secundários que estão disponíveis em banco de dados da literatura científica e, portanto, não exigiu submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## 5. RESULTADOS

Identificaram-se, pela estratégia de busca, 1.847 artigos. Excluíram-se 740 documentos duplicados e 1.006 que não atendiam aos critérios de inclusão pela leitura do título e do resumo. Posteriormente, 101 artigos foram lidos na íntegra e, destes, 62 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Ao final, 39 estudos foram inclusos nesta revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de identificação via base de dados, seleção e inclusão dos estudos.



Fonte: adaptado da versão em inglês Prisma Statement (2020)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>. Acesso em: 6/11/2021.

O mapeamento da caracterização das publicações segundo autores, ano, objetivo, participantes, conceito de pessoa em situação de rua, local, desenho do estudo e resultados é apresentado no Quadro 1. Os países com publicações de artigos sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua estão apresentados na Figura 2.

Quadro 1 - Caracterização das publicações segundo autores, ano, objetivo, participantes, conceito de pessoa em situação de rua, local, desenho do estudo e resultados.

| <b>Autores (ano)</b>             | <b>Objetivo</b>   | <b>Participantes</b>                                   | <b>Conceito</b>  | <b>Local</b>               | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>  |
|----------------------------------|---|--|--|----------------------------|--------------------------|--|
| Jago e Westerman (1984)          | Determinar a prevalência de doenças e condições bucais e atitudes em relação à saúde e ao tratamento dentário de homens sem-teto. | Homens que passavam a noite em um albergue (n=162).    | Não apresentou.  | Brisbane/Austrália         | Transversal              | 16 (9,9%) apresentaram lesão da mucosa oral: leucoplasia (2), lacerações (6), petéquias (3), papiloma (3) e língua geográfica (3). CPOD foi de 21,1 ( $\pm$ 9,6). Número de dentes cariados foi de 4.1 ( $\pm$ 4.5) e o número médio de dentes cariados que precisa de extração foi de 1.0 ( $\pm$ 2,9). Média de dentes perdidos foi de 15.4 ( $\pm$ 12.4) e 47 (29%) eram edêntulos. Média de dentes perdidos foi de: 0.4 ( $\pm$ 1.2) entre 15-19 anos, 5.0 ( $\pm$ 6.4) entre 20-29 anos, 12.6 ( $\pm$ 10.3) entre 30-39 anos, 22.9 ( $\pm$ 10.9) entre 40-49 anos, 24.2 ( $\pm$ 8.2) entre 50-59 anos e 27.4( $\pm$ 8.3) entre maiores de 60 anos de idade. 69% apresentaram doença periodontal. Distribuição de gengivite: 20% entre 15-19 anos, 37.8% entre 20-29 anos, 50% entre 30-39 anos, 57% entre 40-49 anos, 47% entre 50-59 anos e 0% entre maiores de 60 anos de idade. Sextantes com doença periodontal: 0% entre 15-19 anos, 10.8%entre 20-29 anos, 3.8% entre 30-39 anos, 42.8% entre 40-49 anos, 29.4%entre 50-59 anos e 0% entre maiores de 60 anos de idade. |
| Gelberg, Linn e Rosenberg (1988) | Avaliar o estado de saúde bucal de uma amostra de adultos em situação de rua.   | Adultos sem-teto de duas comunidades de praia (n=529). | Aquele indivíduo que passou, na noite anterior, em: um abrigo de emergência, qualquer espaço não projetado para abrigar, um hotel ou na casa de um parente ou amigo e não tinha certeza se ele ou ela poderia continuar a viver lá por pelo menos os próximos 60 dias; e afirmaram que não têm uma casa ou | Los Angeles/Estados Unidos | Transversal              | 7,4% era edêntula, o edentulismo aumentou com a idade e 11% da amostra usava próteses removíveis. Edentulismo por faixa etária foi de: 0.9% entre 18-24 anos (n = 108), 0.5% entre 25-34 anos (n=186), 8.8% entre 35-44 anos (n=114), 21.6% entre 45-54 anos (n=51), 34.8% entre 55-64 anos (n=23) e 71.4% entre 65-74 anos (n=7). Média de dentes perdidos foi de 8,3 ( $\pm$ 9,1). A média de dentes perdidos por faixa etária foi de: 3,2 entre 18-24 anos; 5,9 entre 25-34 anos; 10 entre 35-44 anos, 15,7 entre 45-54 anos; 20,5 entre 55-64 anos e 26,6 entre 65-74 anos. A média de dentes cariados foi de 2,3 ( $\pm$ 3,7). A média de dentes cariados por faixa etária foi de: 1,5 entre 18-24 anos; 2,4 entre 25-34 anos; 2,9 entre 35-44  |



| Autores (ano)                | Objetivo  | Participantes   | Conceito  | Local           | Desenho do estudo | Resultados   |
|------------------------------|---|---|---|-----------------|-------------------|--|
|                              |   |   | apartamento permanente para onde possam ir.   |                 |                   | anos, 2,2 entre 45–54 anos (n=41); 3,4 entre 55-64 anos (n=15) e 0,0 entre 65-74 anos (n=2).   |
| Pizem <i>et al.</i> (1994)   | Avaliar o estado de saúde bucal e identificar formas de disponibilizar o tratamento odontológico para moradores de rua em Montreal. | Pessoas que utilizam abrigos (n = 171 e n=169 realizaram a avaliação dentária). | Três categorias existem em Montreal:<br>1: o sem-teto crônico que não teve uma casa estável ou permanente por um longo período (pelo menos 12 meses).<br>2: o morador de rua intermitente que vai e volta periodicamente de um endereço fixo para a rua.<br>3: o morador de rua ocasional, quem, por uma razão ou outra, encontra-se sem teto em um momento preciso, embora ele ou ela geralmente tenha um endereço fixo. | Montreal/Canadá | Transversal       | 233 superfícies dentárias foram identificadas com lesão de cárie visível, 851 dentes perdidos e 168 dentes obturados. Entre os participantes edêntulos, 19 participantes eram desdentados no arco superior, apenas 1 no arco inferior, 24 em ambos os arcos e parcialmente edêntulo, que não faz uso de próteses, foram 86 pessoas.  |
| Lee, Gaetz e Goettler (1994) | Levantar dados referentes à saúde bucal de jovens sem teto.   | Jovens sem-teto que usam agências de serviços para sem-teto (n=174).            | Qualquer pessoa sem um lugar seguro e próprio que tenha passado a noite anterior em um espaço público interno ou externo, em um abrigo, em um hotel ou motel ou na casa de um amigo e não tinha certeza se poderia morar lá pelos próximos 30 dias.   | Toronto/Canadá  | Transversal       | 37,5% apresentaram cárie dentária. CPOD médio de 5.7 e 58.2% não tiveram perda dentária. Entre 14-15 anos o CPOD médio foi de 3.7, entre 19-22 anos foi de 5.6 e entre 23-25 anos foi de 6.3. A média de dentes cariados foi de 1.2, obturados 4.2 e perdidos 0.3. 85,1% não perdeu nenhum dente. 31.6% tinham algum sangramento gengival, 34.5% tinham cálculo dental e outros 11.5% estavam em uma situação de urgência para tratamento periodontal. |

| <b>Autores (ano)</b>                | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>  | <b>Conceito</b>  | <b>Local</b>          | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>  |
|-------------------------------------|--|---|--|-----------------------|--------------------------|--|
| Kaste e Bolden (1995)               | Caracterizar a situação de cárie dentária entre usuários de um programa de tratamento e encaminhamento odontológico em abrigos de moradores de rua em Boston.  | Adultos usuários de abrigos para moradores de rua (n=73).                                   | Não apresentou.  | Boston/Estados Unidos | Transversal              | Cárie não tratada foi detectada em 91,4% dos indivíduos. 77,1% tinham pelo menos um dente obturado e 88,6% não tinham um ou mais dentes. Oito indivíduos tinham um total de 28 dentes em boca. Os três indivíduos edêntulos usavam dentaduras. O CPOD médio foi de 17.9 ( $\pm 7.5$ ), sendo a média de cariados 5.8( $\pm 4.7$ ), perdidos 6.8 ( $\pm 6.0$ ) e obturados 5.3( $\pm 4.9$ ). As mulheres tiveram média de 5.6 ( $\pm 4.2$ ) dentes cariados, 6.8 ( $\pm 5.8$ ) perdidos e 6.8 ( $\pm 4.5$ ) obturados. Os homens tiveram média de 5.9 ( $\pm 5.0$ ) cariados, 6.9 ( $\pm 6.3$ ) perdidos e 4.5 ( $\pm 4.9$ ) obturados. |
| Clarke <i>et al.</i> (1996)         | Determinar o estado de saúde bucal, as necessidades de tratamento dentário dos adolescentes sem-teto, desempregados e recém-imigrados em North York. E avaliar suas desvantagens por uma comparação com dados populacionais. | Adolescentes considerados de alto risco para doenças bucais (n=478 e n= 155 eram sem-teto). | Não apresentou.  | Ontario/Canadá        | Transversal              | A pontuação média do CPOD foi de 3,44 entre os participantes sem-teto, e 3,28 entre todos os sujeitos. A média para dentes cariados no grupo de adolescentes sem-teto foi de 0,28, dentes perdidos de 0,17 e obturados de 2,92. A saúde gengival e periodontal foi considerada pobre entre todos os adolescentes desfavorecidos. Entre os participantes sem-teto, 77,4% possuem inflamação gengival de moderada a grave, 51,6% possuem cálculo dentário de moderado à grave, 34,2% apresentaram bolsas periodontais maiores ou iguais a 4mm e apenas 8,4% são considerados periodontalmente saudáveis                                  |
| Waplinton, Morris e Bradnock (2000) | Determinar a situação em saúde bucal dos residentes do albergue e investigar a percepção deles sobre a saúde bucal e atitudes em   | Residentes do albergue que estavam no dia da coleta de dados (n = 70).                      | Pessoas em situação de rua são pessoas que estão, involuntariamente, sem uma casa. | Birmingham/Inglaterra | Transversal              | 31% dos participantes eram edêntulos e destes, 68% não usavam dentaduras. Dentre os dentados, 66% tinham 21 ou mais dentes em boca, porém somente 14% tinham 21 ou mais dentes livres de cárie. O CPOD médio geral foi de 19.7. Entre 24-44 anos a média de dentes cariados foi 2.29 ( $\pm 2.78$ ), perdidos 5.71 ( $\pm 7.85$ ) e obturados 4.24 ( $\pm 3.86$ ), CPOD médio 12.24 ( $\pm 7.67$ ). Entre 45-65 anos a média de dentes cariados foi 3.42 ( $\pm 4.41$ ),   |

| Autores (ano)               | Objetivo  | Participantes   | Conceito  | Local                     | Desenho do estudo | Resultados   |
|-----------------------------|---|---|---|---------------------------|-------------------|--|
|                             | relação às opções de serviço que estão sendo ofertadas, especialmente o tratamento de equipamentos odontológicos portáteis. |   |   |                           |                   | perdidos 15.46 ( $\pm$ 10.30) e obturados 1.04 ( $\pm$ 2.61), CPOD médio de 19.92 ( $\pm$ 8.14). Mais de 65 tiveram média de dentes cariados de 1.68 ( $\pm$ 2.28), perdidos 23.40 ( $\pm$ 6.32) e obturados 0.68 ( $\pm$ 2.16), CPOD médio de 25.76 ( $\pm$ 3.41). 52% apresentaram cárie de raiz, 73% apresentaram cárie coronária e 54% apresentaram cárie com envolvimento pulpar. 83% dos participantes dentados (n = 48) apresentam desgaste dentário na incisal de dentes anteriores. Mais de 1/3 dos indivíduos apresentaram dentes com mobilidade excessiva e recessão avançada em dois ou mais sextantes.  |
| Gibson <i>et al.</i> (2003) | Relatar as necessidades de saúde bucal de uma amostra nacional de veteranos desabrigados.                                   | Veteranos sem-teto participantes do programa de reabilitação para veteranos sem-teto (n =1.152 e n=281 realizou exames odontológicos).                        | Não apresentou.   | 31 cidades/Estados Unidos | Transversal       | A pontuação média do CPOD foi de 15,21 (IC 95%:14.28-16.14). A média de dentes cariados foi de 3.5 (IC 95%: 3.17-3.82), perdidos foi de 9.06 (IC 95%:8.04-10.09), e obturados foi de 2.65 (IC95%:1.84-3.46). 23.3% apresentaram periodontite avançada e 10% eram edêntulos.  |
| Palma <i>et al.</i> (2005)  | Registrar e descrever a condição bucal de adultos sem-teto em Estocolmo, Suécia.  | Adultos moradores de rua que utilizavam serviços em organizações de caridade e no Centro de Atendimento Ambulatorial para Pessoas em Situação de Rua (n=147). | Morador de rua é aquele que não tem residência, propriedade ou aluguel e que não vive em condições estáveis de moradia e, portanto, tem de contar com alternativas temporárias ou uma vida difícil. Entre os sem-teto também estão inclusos os sujeitos que vivem em instituições | Estocolmo/Suécia          | Transversal       | A média do número de dentes presentes foi de 18,0 (9,0–24,0). Entre o grupo de 20-29 anos a média de dentes presentes foi de 28.0 (28.0–28.0), 30-39 anos de 25.0 (22.0–27.0), 40-49 de 20.0 (13.0–24.0), 50-59 de 13.0 (6.0–19.0), 60-69 de 7.0 (5.0–16.0), e 70-79 de 7.0 (0.0–11.0). Na faixa etária de 20-29 anos 17.5 (6.0–38.0), 30-39 anos 23.0 (15.0–30.0), 40-49 anos 27.0 (25.0–29.0), 50-59 anos 28.0 (27.0–31.0), 60-69 anos 27.0 (26.0–28.0) e 70-79 anos 28.0 (17.0–32.0). Cinquenta e sete (38,7%) dos sujeitos possuíam próteses. 6 (95,3%) dos 8 indivíduos edêntulos não tinham próteses. No exame de mucosa oral foram identificados hiperkeratose (36%), |

| Autores (ano)              | Objetivo  | Participantes   | Conceito  | Local           | Desenho do estudo | Resultados   |
|----------------------------|---|---|---|-----------------|-------------------|--|
|                            |   |   | ou abrigos sem nenhuma moradia disponível.  |                 |                   | ulcerações, infecções por cândida (12,9%) e eritema generalizado não especificado; 21,8% possuíam língua geográfica. Muitos indivíduos exibiram manchas brancas na mucosa bucal (63,9%).   |
| Doğan <i>et al.</i> (2006) | Determinar a situação de saúde bucal desse grupo especial que frequenta um centro governamental e comparar os resultados com um grupo de crianças que frequentam escolas públicas de Adana e não trabalham. | Meninos de rua (n = 260) que frequentavam um centro governamental. Grupo controle: meninos que frequentavam escolas públicas na cidade (n=192). | Crianças de rua são geralmente definidas como qualquer menino ou menina para quem a rua se tornou sua residência habitual e/ou fonte de sustento; e quem é inadequadamente protegido, supervisionado ou orientado por adultos responsáveis. | Adana/Turquia   | Transversal       | O CPOD das crianças de rua foi de 3.90(± 1.10) enquanto das crianças do grupo controle foi de 7.60 (±2.20), a média de dentes cariados foi de 2.43(±0.84) e do grupo controle 4.20 (±1.10), o índice de dentes perdidos foi de 1.47 (±0.26) e no grupo controle de 1.50 (±0.44). Não foram identificados dentes obturados no grupo de estudo, apenas no grupo controle, 1.90(±0.66). Já o CEO-D foi de 1.35 (± 1.15) para o grupo de estudo e 2.50 (± 1.30) para o grupo controle. Dentes cariados 0.54 (± 0.46) e 1.84 (±0.46), com indicação de extração 0.81 (± 0.69) para o grupo de estudo e 0.28 (± 0.32) o controle, dentes obturados não foram identificados no grupo de estudo e no controle foi de 0.38 (± 0.52). Casos de maloclusão 2.0 (± 0.2) e 1.5 (± 0.2) no grupo controle. Disfunção temporomandibular foi de 1.2 (± 0.56) no grupo de estudo e 0.4 (± 0.2) no grupo controle. Com relação ao CPITN (Índice de necessidade de tratamento periodontal), 14 crianças do grupo de estudo foram avaliadas como saudáveis e 98 do grupo controle. Gengiva ligeiramente inflamada foi identificada em 91 crianças do grupo de estudo e em 123 do grupo controle, em 156 crianças do grupo de estudo foi verificado cálculo dentário e em 39 do grupo controle. Em 13 crianças do grupo de estudo foi identificado bolsa periodontais de 4-5mm, no grupo controle não foi identificado. |
| Luo e McGrath (2006)       | Fornecer informações sobre o estado de saúde  | Sem-teto chineses usuários de 4   | Não apresentou.   | Hong Kong/China | Transversal       | Entre os sujeitos do estudo, oito (6%) eram edêntulos totais. 28% tinham menos de 20 dentes naturais. Dentaduras foram observadas em apenas  |

| Autores (ano)                | Objetivo  | Participantes  | Conceito   | Local                    | Desenho do estudo | Resultados   |
|------------------------------|---|--|--|--------------------------|-------------------|--|
|                              | bucal avaliado clinicamente, problemas dentários autorrelatados e necessidades odontológicas entre a população de rua.  | instituições (n=147)   |  |                          |                   | 5 dos 8 sujeitos edêntulos. 75% tinham um ou mais dentes cariados. 67% tinham dentes perdidos devido a cárie e 28% tiveram um dente restaurado. A pontuação média do CPOD foi de 9,03 ( $\pm 8,68$ ), média de dentes perdidos de 5,21 ( $\pm 7,88$ ), cariados 3,21 ( $\pm 4,03$ ) e obturados 0,61 ( $\pm 1,54$ ). No grupo entre 35-45 anos o CPOD médio foi de 8.22, componente cariados 4.19, perdidos 3.42 e obturados 0.61. No grupo entre 45-54 anos, o CPOD médio foi de 9.62, componente cariados 3.56, perdidos 5.52 e obturados 0.54. No grupo entre 55-64 anos o CPOD médio foi de 10.94, componente cariados 2.39, perdidos 7,90 e obturados 0.65. 96% tinham bolsas periodontais. |
| Conte, Broder e Janal (2006) | Avaliar as necessidades de saúde bucal, comportamentos e impacto da saúde bucal entre moradores de rua em Newark, New Jersey.                                       | Adultos moradores de rua que participaram do evento anual organizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos de Newark (n=46). | Não apresentou.  | Newark/ Estados Unidos   | Transversal       | A média do CPOD foi de 16.2, sendo a média de cariados de 3.8, perdidos de 8.6 e obturados de 3.7. A média de dentes com placa visível foi de 6,6 ( $\pm 7.8$ ) e a média de dentes que tinha cálculo visível foi de 5,9 ( $\pm 6.2$ ).  |
| Collins e Freeman (2007)     | Avaliar as necessidades de saúde bucal de pessoas em situação de rua residentes na área Norte e Oeste de Belfast, a fim de determinar os níveis de necessidades não | Moradores de rua que vivem em quatorze albergues (n=317).  | Pessoas que estão sem teto, estão morando com amigos, em alojamento temporário ou em albergue. | Belfast/Irlanda do Norte | Transversal       | A média de D3cvMFT foi de 16.6 (IC 95%: 15.7-17.4). A média de dentes perdidos foi de 7.6 (IC 95%: 6.7-8.6). A média de dentes perdidos foi de: 1.2 (IC 95%: 0.7-1.7) entre 16-24 anos (n=56), 4.3 (IC95%:3.2-5.4) entre 25-34 anos (n=73), 5.7 (IC 95%:4.4-7.0) entre 35-44 anos (n=74), 10.0 (IC 95%:7.8-12.1) entre 45-54 anos (n=57), 17.7 (IC 95%:14.5-20.9) entre 55-64 anos (n=32) e 19.0 (IC 95%:14.6-23.5) entre maiores de 65 anos de idade (n=25). A média de dentes obturados foi de 5,4 (IC 95%: 4,8-5,9). A média de dentes  |

| Autores (ano)        | Objetivo  | Participantes  | Conceito        | Local           | Desenho do estudo | Resultados  |
|----------------------|---|--|-----------------|-----------------|-------------------|---|
|                      | e<br>atendidas e permitir recomendações para a prestação de serviços para pessoas socialmente excluídas.  |  |                 |                 |                   | obturados foi de: 4.1 (IC 95%: 3.0-5.2) entre 16-24 anos, 5.3 (IC 95%:4.4-6.2) entre 25-34 anos, 7.5 (IC 95%:6.3-8.6) entre 35-44 anos, 6.4 (IC 95%:5.0-7.9) entre 45-54 anos, 4.0 (IC 95%:2.0-6.1) entre 55-64 anos (n=32) e 1.3 (IC 95%:0.2-2.4) entre maiores de 65 anos de idade (n=25). Na amostra, 78% daqueles que fizeram o exame periodontal (n=282) tinham sinais de doença periodontal ou gengival. A média do CPI (Índice Periodontal Comunitário) foi de 1,9 (IC 95%: 1,8-2,0), sendo que 75% teve uma pontuação de CPI de 2 (cálculo detectado durante a sondagem) e 4% uma pontuação de CPI de 4 (bolsa de 6 mm ou mais de profundidade). Dezesesseis participantes (5%) tiveram lesões de tecidos moles e dois foram diagnosticados com carcinoma de células escamosas.   |
| Luo e McGrath (2008) | e<br>Determinar o estado de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida de pessoas em situação de rua em Hong Kong, China, e identificar os fatores associados às medidas de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) entre o grupo de estudo. | Chineses sem-teto encontrados em abrigos, centros de atendimento e na rua (n=147). | Não apresentou. | Hong Kong/China | Transversal       | Nove participantes eram edêntulos e 41 tinham menos de 20 dentes em boca. 92% dos participantes dentados tiveram registro de experiência de cárie dentária com um CPOD médio de 8,07 ( $\pm$ 7,43), sendo perdidos = 4,04 ( $\pm$ 5,78) e cariados = 3,37 ( $\pm$ 3,99), respectivamente. Aproximadamente 79% dos participantes tiveram um ou mais dentes cariados. O número médio de dentes obturados por pessoa foi de apenas 0,66 ( $\pm$ 1,58). Quase metade dos indivíduos dentados (46%) tinha pelo menos um dente anterior ausente e 13% tinha quatro ou mais dentes anteriores superiores ausentes. A saúde periodontal foi avaliada em 132 indivíduos; 15 indivíduos foram excluídos porque eram edêntulos ou se recusaram a realizar o exame periodontal. A maioria dos indivíduos (96%) tinha bolsas periodontais. O número médio de sextantes com bolsas rasas foi de 2,51 e profundas foi de 1,18, respectivamente. Lesões da mucosa |

| <b>Autores (ano)</b>          | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>  | <b>Conceito</b>  | <b>Local</b>          | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>  |
|-------------------------------|--|---|--|-----------------------|--------------------------|--|
|                               |  |   |  |                       |                          | oral foram encontradas em 18 pessoas (12%), sendo principalmente úlceras bucais (13). Outras características encontradas incluíram manchas brancas na mucosa bucal (1), candidíase oral (1) e abscesso alveolar (3).   |
| Richards e Keauffling (2009)  | Quantificar como as doenças bucais afetam a vida de famílias vulneráveis em Swansea, usando o OHIP-14.   | Uma amostra de conveniência de adultos que usam os serviços de um centro de vida saudável para os sem-teto (n=100). | Aqueles que dormem mal, aqueles que vivem em albergues, pousadas, alojamento e locações precárias. | Swansea/País de Gales | Transversal              | O número médio de dentes presentes foi de 19,7. 67 participantes tinham 20 dentes ou mais e 7 eram edêntulos.  |
| DiMarco, Huff e Kendra (2009) | Desafiar os enfermeiros pediátricos a incluírem a saúde bucal como um fator importante em sua prática e a tentar alcançar crianças vulneráveis.  | Crianças que utilizaram uma clínica pediátrica em um abrigo para sem-tetos (n = 264).                               | Não apresentou.  | Estados Unidos        | Transversal              | Do número total de crianças atendidas na clínica, 60 tiveram cavidades dentais visíveis. Entre as crianças com mais de 3 anos, 31% tinham cáries dentárias. O grupo de escolares de 6 a 12 anos apresentou a maior prevalência de cárie dentária (34%). 23% dos adolescentes de 13 a 18 anos tinham cárie dentária.  |
| Daly <i>et al.</i> (2010)     | Determinar o estado de saúde bucal e as necessidades de saúde bucal dessa população, avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal usando o OHIP-14 e explorar se há uma relação entre o estado de saúde bucal e a qualidade | Pessoas de uma variedade de situações de habitação vulneráveis (n= 102).  | Não apresentou.  | Londres/Inglaterra    | Transversal              | 3 pessoas eram edêntulas, 18 participantes possuíam dentaduras e dentes naturais e 79 participantes (85%) tinham mais de 21 dentes em boca. O número significativo de dentes presentes na boca foi 25.2 ( $\pm$ 6.1). O CPOD para adultos dentados (n=94) foi 15.5 ( $\pm$ 7.0). O componente perdido foi 6.8 ( $\pm$ 6,0), cariado foi 4.2 ( $\pm$ 5,2) e obturado foi 4.6 ( $\pm$ 4,8). Para homens dentados com idade entre 25 e 54 anos (n=25), os dados de comparação foram CPOD 15.9, perdidos 6.9, cariados 1.7 e obturados 7.3. 76% (n = 71) dos examinados no presente estudo tinham cárie ativa variando em 1 a 25 dentes, 51% (n = 48) tinham entre 1 e 5 dentes afetados e 25% (n = 23) tinham |

| Autores (ano)                     | Objetivo   | Participantes  | Conceito        | Local                        | Desenho do estudo                            | Resultados  |
|-----------------------------------|--|--|-----------------|------------------------------|--|---|
|                                   | de vida relacionada à saúde bucal.   |  |                 |                              |  | mais de 5 dentes cariados. 1/3 das pessoas foi afetada por cárie radicular (n = 31) com uma média de 2.4 (± 5,0) raízes afetadas. O estado periodontal foi registrado em 73 participantes. Desses, 15% (n = 11) não foram afetados pela presença de cálculo, sangramento ou bolsa periodontal (CPI = 0). Um quarto (n = 18) foi afetado por cálculo, resultando em sangramento (CPI = 1) e 30% (n = 22) tiveram acúmulo de cálculo (CPI = 2). A prevalência de bolsas periodontais foi de 30% (n = 22). 9 pessoas apresentaram lesões de mucosa oral, incluindo ulceração oral (n=6), queilite angular (n=1) e leucoplasia (n=1). |
| DiMarco, Ludington e Menke (2010) | Examinar variáveis que podem melhorar o estado de saúde bucal de crianças sem-teto.  | Mães desabrigadas (n=120 e seus filhos (n= 236) usuários de um abrigo.                               | Não apresentou. | Centro-Oeste/ Estados Unidos | Quase experimental com pré-teste e pós-teste | 98 (42%) das crianças tinham cárie dentária e uma criança apresentou abscesso periapical.   |
| Seirawan <i>et al.</i> (2010)     | Descrever o desenvolvimento da Clínica Odontológica USC + URM para melhorar o acesso a atendimento odontológico entre a população de rua, bem como demonstrar as condições de saúde bucal dos moradores de rua que visitam esse ambulatório. | Usuários do serviço da clínica para moradores de rua (n =409 e n=376 participaram do exame clínico). | Não apresentou. | Los Angeles/Estados Unidos   | Transversal                                  | O número médio de dentes perdidos foi de 16 entre os adultos. O número médio de dentes perdidos foi o mais alto na faixa etária de 60-69 (17,4). Entre os dentados, a prevalência de cárie não tratada foi de 63,6%. Na faixa etária de 0-17 anos média de 3.73 (2.70) dentes cariados, 18-9 anos 6.18 (4.29) dentes cariados, 40-49 anos 6.73 (5.40) dentes cariados, 50-59 5.34 (4.26) dentes cariados, 60-69 com 7.64 (4.67) dentes cariados e 70-79 com média de 5 dentes cariados. Pacientes do sexo masculino tiveram média de 6,4 dentes cariados enquanto do sexo feminino tiveram média de 3,39 dentes cariados.         |



| <b>Autores (ano)</b>         | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>   | <b>Conceito</b>  | <b>Local</b>       | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>   |
|------------------------------|--|--|--|--------------------|--------------------------|---|
| Sfeatcu <i>et al.</i> (2011) | Avaliar a saúde buco-sistêmica e as necessidades de tratamento entre as pessoas institucionalizadas em um centro de moradores de rua, com alta prevalência de comorbidades e barreiras ao cuidado. | Adultos de um centro para sem-teto (n= 51).                                | Não apresentou.  | Bucareste/Romênia  | Transversal              | O CPOD foi de 15,63 ( $\pm 9,51$ ) e amplamente associado à perda de dentes (78,8%). Dentes cariados foram encontrados em 62,4% de todos sujeitos e 15 pessoas institucionalizadas (29,4%) estavam livres de cárie. O número médio de dentes com cárie foi 3,52 por pessoa; o número de dentes extraídos foi 12,3 por pessoa e não havia dentes com obturações. Entre os dentados, o número médio de dentes em boca foi de 16,7. O nível de higiene bucal é precário, com altos níveis de placa dentária; a pontuação para o índice de Silness e Loe é 2,3. |
| Parker <i>et al.</i> (2011)  | Quantificar e comparar a saúde bucal autorrelatada entre adultos sem-teto com dados de uma população de mesma idade de Adelaide, Austrália.  | Amostra de adultos que utilizam serviços para grupos de sem-teto (n = 248) | Sem-teto primário: aqueles sem uma acomodação convencional, como dormir em parques ou ruas ou em abrigo improvisado. Sem-teto secundário: inclui aqueles em acomodação de emergência, acomodação com suporte de programas, residindo com outros porque eles não têm um alojamento permanente e em pensões. Sem-teto terciário: aqueles que vivem em regime de casas de internato por 13 semanas ou mais e em acomodação abaixo do padrão | Adelaide/Austrália | Transversal              | O grupo de sem-teto apresentou 88.7% de presença de dentes naturais e no grupo de adultos foi de 100%.  |

| Autores (ano)                      | Objetivo   | Participantes  | Conceito   | Local                | Desenho do estudo | Resultados  |
|------------------------------------|--|--|--|----------------------|-------------------|---|
|                                    |  |  | mínimo da comunidade.  |                      |                   |   |
| Coles <i>et al.</i> (2011)         | Determinar o efeito da condição de saúde bucal, da ansiedade odontológica e da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em moradores de rua com depressão.  | Pessoas sem-teto que vivem em sete áreas com oferta do Serviço Nacional de Saúde (NHS) em toda a Escócia (n=853, sendo n=598 com dados completos). | Pessoas que vivem em albergues, abrigos noturnos e residem em um espaço público ou externo.  | 7 regiões da Escócia | Transversal       | A média de D3MFT foi de 15.87 (IC 95%: 15.17-16.58). A média de dentes cariados foi de 4.68 (IC 95%: 4.24-5.12). A média de dentes perdidos foi de 7,58 (IC 95%: 6,91-8,24). A média de dentes obturados foi de 3,63 (IC 95%: 3,32-3,95). |
| Simons, Pearson e Movasaghi (2012) | Descrever os serviços odontológicos prestados pelo Community Dental Service para adultos sem-teto em 2009-2011, para avaliar se o serviço atendeu aos objetivos planejados e relatar os resultados do atendimento odontológico prestado. | Amostra aleatória retirada de fichas de pacientes adultos em situação de rua (n=350).  | Pessoas sem residência permanente ou temporária, que dormem na rua desde muito tarde da noite até as primeiras horas da manhã. Residentes em albergues e abrigos noturnos e outras formas de acomodação temporária. Sem-teto 'realojados' são aqueles que tinham experiência de situação de rua, mas residiam numa residência permanente, embora ainda estivessem em contato e com acesso a serviços de apoio social e habitacional especificamente para pessoas sem-teto. | Londres/Inglaterra   | Transversal       | Apenas nove pessoas não apresentavam cáries, seis eram dentadas e sem cáries e três eram edêntulas.   |

| <b>Autores (ano)</b>          | <b>Objetivo</b>   | <b>Participantes</b>  | <b>Conceito</b>   | <b>Local</b>     | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>  |
|-------------------------------|---|---|---|------------------|--------------------------|--|
| Chiu, DiMarco e Prokop (2013) | Determinar a relação entre o índice de massa corporal e cárie em crianças sem-teto.   | Uma amostra de crianças de um abrigo para sem-teto (n=157).   | Crianças que vivem em um abrigo para sem-teto.  | Estados Unidos   | Transversal              | A média de cárie encontrada no estudo foi de 3.5 ( $\pm 6.1$ ). A média de cárie foi de: 1.6 entre 2 a 6 anos(n=64); 4.4 entre 6 a 12 anos(n=63) e 5.5 entre 12–17 anos(n=30).   |
| Michel <i>et al.</i> (2013)   | Avaliar a eficácia de um enxaguante bucal de sal marinho em um grupo de 617 crianças de rua de Manila (Filipinas) que eram acolhidas na Fundação Virlanie e foram afetadas por formas leves a graves da doença periodontal no início da vida. | Crianças abandonadas que viviam nas ruas e recebiam acolhimento em uma instituição de cuidado infantil (n = 617). | Não apresentou.   | Malina/Filipinas | Longitudinal             | A pesquisa ocorreu nos anos de 2003, 2004 e 2005. O CPOD apresentou uma redução nos dentes cariados de 3,5 no exame oral inicial para 0,5 no exame oral final. Durante o mesmo período, a perda dentária aumentou de 0,5 para 1,5 e dentes obturados aumentou de 0,1 para 3,4. Em 2003, das 617 crianças, 21 foram diagnosticadas com periodontite agressiva. Para todos os pacientes, o índice gengival diminuiu de 1.08 no exame inicial para 1.04 no segundo e 0,98 no exame final. A presença abundante de placa bacteriana foi observada em 43% dos pacientes no exame inicial e 29% no exame final. O índice periodontal diminuiu de 1,33 no exame inicial para 0,98 no segundo exame e 0,92 no exame final. Em 2009-2010 uma nova avaliação foi feita e nenhuma criança foi diagnosticada com periodontite agressiva. |
| Ford, Cramb e Farah (2014)    | Descrever os impactos adversos de problemas de saúde bucal e qualidade de vida geral para uma população sem-teto em Brisbane.   | Adultos com acesso a um serviço para sem-teto (n = 58/ dentados n = 56).  | O estudo definiu pessoa em situação de rua como um indivíduo de 18 anos que se autodenominou sem-teto por no mínimo sete dias anteriores à pesquisa | Toronto/Canadá   | Transversal              | Com relação ao estado de saúde bucal, para os 34 participantes para os quais um exame odontológico foi realizado, o número médio de dentes ausentes foi 6( $\pm 2-9$ ), sendo comparável com as estimativas da população australiana (número médio de dentes perdidos = 6,1 ( $\pm 5,9-6$ )). No entanto, o número médio de dentes cariados foi 6 ( $\pm 4-12$ ) e isso foi muito maior do que o relatado para a população australiana (número médio de superfícies dentárias cariadas = 0,8 ( $\pm 0,7-0,9$ )).   |

| Autores<br>(ano)                 | Objetivo   | Participantes   | Conceito   | Local          | Desenho do estudo | Resultados   |
|----------------------------------|--|---|--|----------------|-------------------|--|
| Pereira, Oliveira e Lunet (2014) | Descrever a prevalência de cárie e comportamentos relacionados à saúde bucal em uma amostra de adultos em situação de rua da cidade do Porto, Portugal e sua associação com dados sociodemográficos e fatores comportamentais. | Adultos sem-teto que usavam abrigos temporários ou instituições de programa de alimentação (n = 141). | Pessoas que vivem num local, mas estão excluídas dos direitos legais de ocupação e não têm condições de gozar de relações sociais normais. Isso inclui indivíduos que vivem em albergues para sem-teto ou outro tipo de acomodação temporária (por exemplo, hotéis de baixo orçamento, cama e café da manhã, pensões ou moradia semelhante paga por serviços sociais ou organizações não governamentais) por menos de seis meses ou em transição para reabilitação e reassentamento. | Porto/Portugal | Transversal       | Quase todos os participantes (97%) tiveram cárie dentária. A média do CPOD foi de 12,8 ( $\pm 7.9$ ). Dentes perdidos contribuíram para o maior componente do CPOD (média: 8,0 $\pm$ 7.6), enquanto o número médio de dentes obturados e cariados foi de 0,6 ( $\pm 1.9$ ) e 4,2 ( $\pm 4.41$ ), respectivamente. Apenas 11,6% dos participantes faziam uso de próteses dentárias. Leucoplasias foram detectadas em 2 participantes, mas as lesões foram consideradas não malignas ou pré-malignas após avaliação adicional por um especialista. |
| Figueiredo <i>et al.</i> (2016)  | Determinar a frequência de consultas no pronto-socorro por problemas odontológicos não associados a trauma em uma amostra populacional de adultos sem-teto, em comparação com um grupo   | Adultos moradores de rua que usavam abrigos e programas de alimentação (n= 1.189).                    | Pessoa em situação de rua é um indivíduo de 18 anos ou mais que se autodenominou sem-teto por no mínimo sete dias anteriormente à pesquisa.  | Toronto/Canadá | Transversal       | 40 pessoas (21,98%) apresentaram abscesso periapical, e 21 pessoas (11,54%) apresentaram cárie dentária. Os 28% restantes de problemas orais estavam relacionados a condições que ocorriam com menor frequência, como doenças específicas da mandíbula (2,20%), lesões da mucosa oral 2,20%), celulite e abscesso de boca (2,20%), gengivite crônica (1,65%), periodontite aguda (1,65%), aftas orais recorrentes (1,10%).   |

| Autores<br>(ano)              | Objetivo  | Participantes   | Conceito  | Local             | Desenho do estudo | Resultados   |
|-------------------------------|---|---|---|-------------------|-------------------|--|
|                               | controle de adultos de baixa renda. Um objetivo secundário é identificar características de adultos sem-teto que estão associadas a uma maior probabilidade de consultas ao pronto-socorro por problemas dentários. |   |   |                   |                   |  |
| Beaton Coles e Freeman (2018) | Avaliar a saúde bucal e as necessidades psicossociais de pessoas sem-teto na Escócia para permitir recomendações para os serviços de saúde bucal e para a futura política de saúde bucal.                           | Pessoas sem-teto que vivem em sete áreas com oferta do Serviço Nacional de Saúde (NHS) (n= 853, sendo n=726 com dados de exame oral). | Aqueles que não têm teto e aqueles que não têm casa (residem em acomodações inseguras e/ou inadequadas) são caracterizados como vivendo em situação de rua. | 7 regiões/Escócia | Transversal       | A média de D3cvMFT foi de 16.9 (IC 95%: 16.3-17.6). A média de dentes perdidos foi de 8.7 (8.10-9.4). A média de dentes perdidos foi de: 2.90 (2.36-3.44) entre 16-24 anos (n=207), 7.97 (6.89-9.06) entre 25-34 anos (n=194), 11.86 (10.42-13.31) entre 35-44 anos (n=160), 13.40 (11.52-15.27) entre 45-54 anos (n=96) e 16.55 (13.30-19.80) entre maiores de 55 anos de idade (n=51). 46 indivíduos (6%) eram edêntulos totais. A média de dentes obturados foi de 3,8 (3,5-4,1). A média de dentes obturados foi de: 3.09 (2.62-3.56) entre 16-24 anos, 3.60 (3.08-4.11) entre 25-34 anos, 4.02 (3.40-4.63) entre 35-44 anos, 5.07 (4.12-6.02) entre 45-54 anos e 4.02 (2.64-5.40) entre maiores de 55 anos de idade. A média total de placa foi de 1,08 (1.01-1.15). A média de placa para os dentes superiores foi de 1,06 (0,99-1,13) e para os dentes inferiores foi de 1,10 (1,04-1,16). Em relação à suspeita de lesão na mucosa oral, 61 (9%) dos participantes tiveram suspeita de uma lesão e 6 tiveram duas. |

| <b>Autores (ano)</b>         | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>  | <b>Conceito</b>                             | <b>Local</b>              | <b>Desenho do estudo</b>                         | <b>Resultados</b>   |
|------------------------------|--|---|---|---------------------------|--|---|
| Stormon <i>et al.</i> (2018) | Avaliar um modelo inovador de integração de sistemas para clientes de serviços para moradores de rua.  | Adultos de quatro organizações comunitárias (n=66).   | Não apresentou.                             | Brisbane/Austrália        | Transversal                                      | Os escores médios de CPOD foram: cariados 4,4 ( $\pm 6,3$ ), perdidos 8,1 ( $\pm 7,2$ ), obturados 5,2 ( $\pm 5,3$ ) e CPOD total 17,6 ( $\pm 7,8$ ). 59% (n = 45) dos participantes tiveram uma pontuação de placa não saudável (uma pontuação $\geq 2$ em todos os sextantes), 50% (n = 38) tiveram pontuação para gengivite e 63% (n = 48) pontuação para cálculo dentário.  |
| Stormon <i>et al.</i> (2018) | Avaliar um serviço odontológico desenvolvido e implementado para melhorar o acesso aos cuidados de saúde bucal de jovens desfavorecidos em Brisbane. | Jovens clientes de um BYS (Brisbane Youth Service) (n = 112).                               | Não apresentou.                             | Brisbane/Austrália        | Transversal                                      | A mediana de CPOD foi 7 (4–10), em comparação com os jovens australianos com uma pontuação CPOD de 3,19 (2,43–3,91). A média de dentes cariados da população em estudo foi 2 (0-4), perdidos 2 (0-4) e obturados 2 (0-4).   |
| Paisi <i>et al.</i> (2019)   | Examinar se a educação por pares pode resultar em uma melhora no controle da placa entre as pessoas que vivem em situação de rua.                    | Uma amostra de conveniência com homens adultos que vivem em acomodações temporárias (n=24). | Pessoas que vivem em acomodação temporária. | Plymouth/Inglaterra       | Quase experimental com grupo pré-teste/pós-teste | A média do CPOD foi de 16,58 ( $\pm 8,07$ ). A média de dentes perdidos foi de 7,75 ( $\pm 6,77$ ), enquanto o número médio de dentes obturados e cariados foi de 2,08 ( $\pm 2,93$ ) e 6,75 ( $\pm 5,77$ ), respectivamente. A média do Índice de higiene oral simplificado (OHI-S) foi de 0,70 ( $\pm 0,55$ ). O OHI-S diminuiu da linha de base (mediana = 0,60) ao mês um (mediana = 0,40) e até o segundo mês de acompanhamento (mediana = 0,35).                  |
| Freitas <i>et al.</i> (2019) | Examinar a prevalência de perda de dente, dor oral, ajuste de dentadura e fatores associados com saúde bucal precária, em adultos sem-teto           | Adultos de cinco abrigos para sem-teto (n=350).   | Não apresentou.                             | Califórnia/Estados Unidos | Transversal                                      | 93,1% (n=326) dos participantes perderam ao menos 1 dente, 9,1% (n=32) perderam 1 ou dois dentes, 26,6% (n=93) perderam mais de um ou dois dentes, mas menos do que a metade de todos os dentes, 16,6% (n=58) perderam a metade de todos os dentes, 21,4% (n=75) perderam mais da metade de todos os dentes e 19,4% (n=68) perderam todos os dentes. Daqueles que estavam sem dentes, 32,4% não tinham próteses. Entre aqueles que estavam sem todos os dentes e tinham |

| <b>Autores (ano)</b>              | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>  | <b>Conceito</b>  | <b>Local</b>     | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>   |
|-----------------------------------|--|---|--|------------------|--------------------------|---|
|                                   | em Oakland, Califórnia.  |   |  |                  |                          | dentaduras (n = 46), 19,5% tinham dentaduras desadaptadas.  |
| Lawder <i>et al.</i> (2019)       | Descrever a prevalência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida e sua associação com a condição dentária e fatores sociodemográficos de moradores de rua. | Adultos atendidos temporariamente em instituição pública de Goiás (n = 116).                        | Não apresentou.  | Goiânia/Brasil   | Transversal              | O CPOD médio foi de 14,41 ( $\pm 9,14$ ), composto por 59,8% de dentes perdidos, 29,4% cariados e 10,9% obturados. A maioria dos indivíduos apresentou CPOD elevado (58%) e dentes com cárie não tratada (75,9%). O uso de prótese foi identificado em 13,8% dos indivíduos na arcada superior e 2,6% na inferior.  |
| Triesnanda, Kuntari e Dewi (2020) | Analisar o efeito da exposição à poluição por chumbo em crianças de rua de Malang com a ocorrência da linha gengival de chumbo.                                  | Crianças de rua que trabalham mais de 6 horas por dia em Malang (n = 30).                           | Crianças de rua são crianças que gastam metade de seu tempo para se sustentar ou vagam pelas ruas ou outros lugares públicos.                                    | Malang/Indonésia | Transversal              | Os resultados mostraram que a linha de chumbo gengival com grau 2 foi encontrada em aproximadamente 53.3% das crianças analisadas. Os dados da pesquisa mostraram que crianças que viviam na rua há menos de um mês experimentam a exposição de linha de chumbo gengival grau 0 e grau 1. Crianças de rua que viviam de 2-6 meses na rua experimentam a exposição da linha de chumbo gengival de grau 0, grau 1, grau 2 e grau 3. Enquanto as crianças de rua que vivem entre 7 à 12 meses na rua experimentam exposição da linha de chumbo gengival grau 2 e grau 3. |
| Yokota <i>et al.</i> (2020)       | Explorar a ansiedade odontológica em pessoas australianas que viviam na rua, usando medidas previamente validadas e confiáveis de ansiedade odontológica.        | Adultos de um programa que fornece serviços odontológicos para pessoas que vivem sem teto (n = 66). | Uma pessoa é considerada sem-teto quando não tem acomodação adequada ou condições de vida de longo prazo, com acesso limitado a espaços para interações sociais. | Austrália        | Transversal              | Com relação ao CPOD, 64 participantes foram avaliados, a média de dentes cariados foi de 4.3 (3.1–5.4), dentes perdidos de 5.2 (3.7–6.7) e obturados 5.3 (4.2–6.5). Com relação à saúde gengival, 62 pessoas foram avaliadas, destas 45 (72.6%) foram consideradas sem gengivite. Para presença de placa e cálculo dentário, 40 pessoas (64.5%) foram consideradas saudáveis.   |

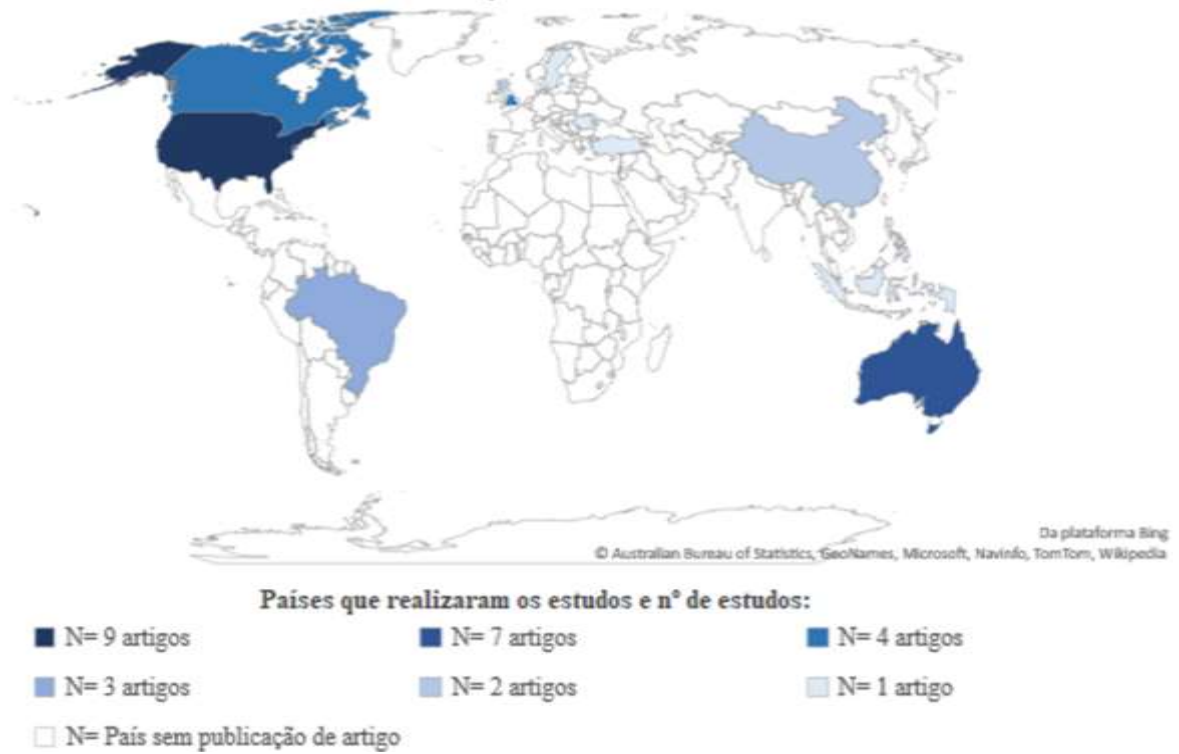
| <b>Autores (ano)</b>            | <b>Objetivo</b>  | <b>Participantes</b>   | <b>Conceito</b>   | <b>Local</b>        | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Resultados</b>  |
|---------------------------------|--|--|---|---------------------|--------------------------|--|
| Stormon <i>et al.</i> (2020)    | Avaliar três modelos de serviços que visam melhorar o acesso a cuidados odontológicos para pessoas que vivem em situação de rua, avaliando características dos participantes, eficácia do modelo, uso de recursos e valores em dinheiro. | Adultos usuários de organizações comunitárias (n = 185 modelo 1 n=76, modelo 2 n=66, modelo 3 n=43). | Não apresentou.   | Brisbane/Austrália  | Transversal              | O CPOD médio para o grupo do modelo 1 (n=76) foi de 18 (16-20), com média de dentes cariados 2 (2-4), perdidos 6 (6-10) e obturados 4 (3-7). Já para o grupo do modelo 2 (n= 66), o CPOD médio foi 15 (13-17) dentes cariados 2 (2-4), perdidos 4 (4-7) e obturados 5 (4-6). O grupo do modelo 3 não foi avaliado.   |
| Freire <i>et al.</i> (2021)     | Descrever a prevalência de traumas dentários não tratados em moradores de rua adultos de uma capital brasileira.   | Adultos atendidos em um abrigo público para moradores de rua (n = 102).                              | Não apresentou.   | Goiânia/Brasil      | Transversal              | Um total de 11 participantes tiveram algum trauma dentário (prevalência = 10,8%). Os tipos de traumas encontrados foram fratura de esmalte (n = 5, 4,9%), fratura de esmalte-dentina com e sem envolvimento pulpar (n = 7, 6,9%) e avulsão (n = 5, 4,9%). Todos os dentes examinados tinham pelo menos um tipo de lesão por trauma e o número de dentes afetados variou de 0 a 4. Os incisivos superiores apresentaram maior número de lesões em comparação com os incisivos inferiores. O número total de dentes afetados por pessoa foi de um dente (n = 2), dois (n = 2), três (n = 1), quatro (n = 4) e oito dentes (n = 2). Mais de um quarto dos participantes (28,4%) teve ao menos um dente que não foi examinado por condições que prejudicaram a visualização da coroa (cárie dentária, obturações e ortodontia) ou devido à perda do dente como consequência da cárie dentária. |
| Comassetto <i>et al.</i> (2021) | Descrever a dor de dente e sua associação com o  | Moradores de rua adultos que acessaram cinco   | A população de rua é diversa e descrita como um grupo heterogêneo | Porto Alegre/Brasil | Transversal              | A média de CPOD foi de 10,95 ( $\pm 8,43$ ), sendo a média de cariados de 1.46 ( $\pm 1.74$ ), perdidos de 8,24 ( $\pm 8,12$ ) e obturados de 1.24 ( $\pm 2.25$ ).   |



| Autores<br>(ano) | Objetivo  | Participantes  | Conceito   | Local | Desenho do<br>estudo | Resultados |
|------------------|---|--|--|-------|----------------------|------------|
|                  | tempo de vida na rua, de uma amostra de adultos em situação de rua na cidade de Porto Alegre, Brasil. | diferentes serviços de assistência social da Prefeitura (n=214). | que vive em extrema pobreza e sem habitação regular e convencional, com uso público de lugares e áreas irregulares como espaço de moradia e sustento, temporária ou permanentemente, bem como serviços de abrigo para pernoites ou como alojamento temporário. |       |                      |            |

Fonte: elaboração própria

Figura 2 - Países com publicações de artigos sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua



Fonte: elaboração própria

## 6. DISCUSSÃO

Mapear a literatura a respeito da condição de saúde bucal de pessoas em situação de rua permitiu identificar 39 publicações de artigos científicos, sendo 17 destes publicados há menos de dez anos, 15 publicados entre dez e vinte anos atrás, e sete publicados há mais de vinte anos. Os 39 estudos analisados foram desenvolvidos em 15 países (Figura 2): Estados Unidos (9), Austrália (7), Inglaterra (4), Canadá (4), Brasil (3), Escócia (2) China (2), Indonésia (1), Filipinas (1), Turquia (1), Portugal (1), Romênia (1), País de Gales (1), Irlanda do Norte (1) e Suécia (1). As diferentes experiências entre os países na realização de pesquisas referentes à condição em saúde bucal das pessoas em situação de rua podem estar relacionadas às desigualdades no investimento em pesquisas. Segundo a World Health Organization (2003), disparidades claras na força econômica, política, interesse, recursos científicos e capacidade de acesso a informações globais aumentaram a lacuna de conhecimento entre os países ricos e pobres.

Dentre os estudos identificados, 30 apresentam dados de grupos com diferentes faixas etárias (jovens, adultos e idosos) e nove estudos abordam grupos específicos, como crianças e jovens. O perfil da população em situação de rua tem-se tornado cada vez mais heterogêneo. Embora os homens solteiros sejam tradicionalmente mais propensos a estar em situação de rua, a presença de outros grupos, como jovens, idosos e mulheres, aumentou (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2021).

Com relação ao delineamento dos estudos, 36 são transversais, dois quase experimentais e um longitudinal. Os estudos transversais descrevem a situação em saúde do grupo analisado em único momento e podem ser importantes guias para tomadas de decisão no planejamento em saúde e na prática clínica. Além disso, os estudos transversais, frequentemente, são realizados em menor tempo e requerem menos recursos financeiros que outros delineamentos (RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018). Já os estudos longitudinais possuem uma sequência temporal conhecida, visam acompanhar um grupo populacional por um determinado período de tempo (HOCHMAN, *et al.* 2005). O grande número de artigos com delineamento transversal pode também ser relacionado à dificuldade de acesso à população em situação de rua, por ser um grupo com comportamento itinerante e, além disso, esses sujeitos costumam ser relutantes em participar de entrevistas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1988).

Os estudos foram realizados, em sua maioria, junto a locais frequentemente acessados pelas pessoas em situação de rua, como instituições de caridade, albergues e centros governamentais. Esses locais que ofertam assistência às pessoas em situação de rua têm o objetivo de ajudar as

peessoas a saírem dessa condição, no entanto, muitas vezes, os residentes têm necessidades graves e complexas de serem resolvidas, como abuso de drogas, problemas mentais e físicos. Ademais, o estímulo ao maior alcance de serviços de saúde e assistência social nesses locais pode ser um mecanismo para melhor atender às necessidades desse grupo, aumentando a confiança no acesso aos serviços em ambientes confortáveis aos usuários e buscando reduzir as desigualdades sofridas no acesso a saúde. Além disso, é de extrema importância que os centros de assistência ofereçam informações e encaminhamentos adequados relacionados a serviços de saúde (CSIKAR *et al.*, 2019; ARMSTRONG *et al.*, 2021).

Entre os artigos selecionados, 20 apresentaram algum conceito de população em situação de rua para representar suas amostras, os demais não apresentaram conceito. Destaca-se que 14 estudos incluem em seus conceitos pessoas que vivem/dormem nas ruas, em alojamentos temporários ou não possuem habitação regular, três artigos incluíram no conceito pessoas que vivem temporariamente com familiares ou amigos por falta de habitação e três estudos indicam conceitos de grupos específicos em situação de rua, como crianças e jovens. Não existe uma definição internacionalmente aceita para pessoa em situação de rua. A falta de moradia não apresenta única forma, pois a condição de situação de rua é dinâmica e influenciada por diversos fatores, como, por exemplo, mercado imobiliário, emprego, renda, benefícios públicos, fatores demográficos e pessoais. Muitas pessoas podem estar vivendo na margem socioeconômica e correndo alto risco para situação de rua (INSTITUTE OF MEDICINE, 1988; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2021).

Segundo a Organisation for Economic Co-operation and Development (2021), ao mesmo tempo que não há definição única para pessoa em situação de rua, a definição adotada pelos países influencia diretamente nos registros de incidência deste grupo entre a população total de cada país, os quais podem nortear ações e estudos na área. A maioria dos países que realiza pesquisas com este grupo populacional apresenta menos de 1% da população geral vivendo em situação de rua. Como exemplo, na Austrália, há uma parcela de 0,48% (mais de 100 mil pessoas) da população total sendo considerada de rua e a definição, segundo a Australian Bureau of Statistics (2012), adotada é:

[...] aqueles que não tiverem alternativas de acomodação adequadas e seu arranjo de vida atual for i) em uma residência inadequada, ou ii) não tiver posse, ou se sua posse inicial for curta e não prolongável, ou iii) não permite que eles tenham controle e acesso ao espaço para relações sociais (apud ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2021, p. 3).

Estados Unidos foi o país com maior número de artigos selecionados nesta revisão e apenas dois apresentaram algum conceito de PSR. Ambos os artigos consideraram a ausência de habitação permanente como a principal característica da pessoa em situação de rua. Nos Estados Unidos, entre 2019 e 2020, o número de pessoas em situação de rua aumentou 2%, cerca de 580.466 pessoas vivem nesta situação, 70% sendo adultos solteiros e 30% vivendo em famílias com crianças (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2021).

Entre os artigos brasileiros selecionados, apenas um estudo apresentou o conceito de população em situação de rua como sendo a população de rua diversa e descrita como um grupo heterogêneo que vive em extrema pobreza e sem habitação regular e convencional, com uso público de lugares e áreas irregulares como espaço de moradia e sustento, temporária ou permanentemente, bem como serviços de abrigo para pernoites ou como alojamento temporário (COMASSETTO *et al.*, 2021). O Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua. No entanto, no início de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou o relatório “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil”, no qual aponta 221.869 mil pessoas vivendo em situação de rua no país (NATALINO, 2020). Hoje, no Brasil, são mais de 119.636 famílias em situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CORTIZO, 2019).

Dentre os resultados dos artigos analisados foram identificadas algumas alterações da normalidade e lesões de mucosa bucal como leucoplasia, lacerações, petéquias, papiloma, língua geográfica, hiperqueratose, aftas, ulcerações, infecções por *Candida*, eritema e queilite angular. A prevalência de lesões da mucosa bucal relatada nos estudos variou entre 9,9% e 12%. Trindade *et al.* (2018) descrevem que alguns fatores, como más condições de higienização e/ou adaptação das próteses, podem influenciar no desenvolvimento de lesões na cavidade bucal. Além disso, hábitos de vida, como o etilismo e tabagismo, são considerados condições predisponentes para a manifestação de problemas de saúde bucal (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Os indivíduos em situação de rua são mais vulneráveis ao uso e aumento da frequência de álcool como efeito do ingresso no mundo da rua (BOTTI *et al.*, 2010).

A cárie é resultante da interação de aspectos biológicos, comportamentais, socioeconômicos, do acesso aos serviços de saúde e dos cuidados recebidos (FRIAS *et al.*, 2007). Em termos da prevalência de dentes com cárie, verificou-se, em um estudo, que a cárie não tratada foi detectada em 91,4% dos indivíduos adultos pesquisados. Entre as crianças com mais de três anos, 31% tinham cáries dentárias. O grupo de escolares de 6 a 12 anos apresentou prevalência de cárie dentária de 34%; e 23% dos adolescentes de 13 a 18 anos tinham cárie dentária. A média do índice CPOD para medir e comparar a experiência de cárie dentária

relatada nos estudos avaliados variou entre 21,1 ( $\pm 9,6$ ) e 8,07 ( $\pm 7,43$ ). Três estudos utilizaram um CPOD modificado com a inclusão de cárie visual em dentina (D3cv), a variação da média D3cvMFT foi de 16.9 (IC 95%: 16.3-17.6) e 15.87 (IC 95%: 15.17-16.58).

Dentre os três artigos brasileiros, dois apresentaram médias do índice CPOD, em um a média foi 14,41( $\pm 9,14$ ) e no outro a média foi de 10,95. No SB Brasil de 2010, observa-se que entre o grupo de pessoas adultas entre 35 e 44 anos, a média do índice CPOD foi 16,29 (BRASIL, 2011), assim, pode-se entender que a condição de vida dos brasileiros ainda é marcada por iniquidades em saúde bucal, e mais do que conhecer as condições de morbidade bucal da população, é necessário entender a relação da doença com as condições sociais e econômicas para que se possa efetivamente promover saúde bucal (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015).

A doença periodontal e as doenças crônicas compartilham fatores de risco comuns, como, por exemplo, o tabagismo e o estresse (VETTORE; MARQUES; PERES, 2013). Destaca-se que, em um estudo, 69% das pessoas em situação de rua apresentavam doença periodontal. Outra investigação com jovens em situação de rua relatou que 31.6% tinham algum sangramento gengival, 34.5% tinham cálculo dental e outros 11.5% estavam em uma situação de urgência para tratamento periodontal. Também foi identificada a média de dentes com placa visível de 6,6 ( $\pm 7.8$ ) e a média de dentes que tinha cálculo visível de 5,9 ( $\pm 6.2$ ) em uma amostra de adultos em situação de rua. Uma pesquisa relatou a ocorrência de linha gengival de chumbo em crianças que trabalhavam na rua. Essa manifestação consiste numa linha de 1 a 2 mm de largura que se assenta no bordo da mucosa gengival através da intoxicação ocupacional pelo chumbo, e é chamada de saturnismo (GOMES, 2013).

A análise dos artigos selecionados mostrou que o uso de prótese foi identificado em 13,8% dos indivíduos na arcada superior e 2,6% na inferior. Outro estudo encontrou que 31% dos participantes eram edêntulos e, destes, 68% não usavam dentaduras. Dentre os dentados, 66% tinham 21 ou mais dentes em boca, porém somente 14% tinham 21 ou mais dentes livres de cárie. A prevalência de trauma dentário encontrada em um estudo foi de 10,8%. Os tipos de traumas encontrados foram fratura de esmalte, fratura de esmalte-dentina com e sem envolvimento pulpar e avulsão. Todos os dentes examinados tinham pelo menos um tipo de lesão por trauma e o número de dentes afetados variou de zero a quatro. Os incisivos superiores apresentaram maior número de lesões em comparação com os incisivos inferiores. Assim, dados sobre a distribuição dos agravos e das condições de saúde bucal em indivíduos em situação de rua, são fundamentais para a equipe de saúde bucal planejar atendimento, individual ou coletivo, dessas populações.

Passados mais de 10 anos desde a publicação da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua (Decreto n.º 7.053, 2009), a condição de precariedade social dessa população no Brasil tem-se agravado (BRASIL, 2009). Com os problemas econômicos e políticos que o país vive e o período de pandemia, houve um aumento do contingente em situação de rua. A desocupação crescente da população (desemprego) tem forçado famílias a deixarem seus imóveis e viverem em condições precárias, além de outros fatores que já impactavam a população em situação de rua, como dependência química, conflitos familiares, entre outros (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020).

Na revisão de escopo foram encontrados apenas três estudos sobre as condições de saúde bucal da população em situação de rua no Brasil. Sendo que apenas dois indicam dados de CPOD com média de 14,41 ( $\pm 9,14$ ), composto por 59,8% de dentes perdidos, 29,4% cariados e 10,9% obturados; e, no outro, a média de CPOD foi de 10,95 ( $\pm 8,43$ ), sendo a média de cariados de 1.46 ( $\pm 1,74$ ), perdidos de 8,24 ( $\pm 8,12$ ) e obturados de 1.24 ( $\pm 2,25$ ). O desafio no Brasil continua sendo o momento da implementação das políticas públicas para essa população, pois, os serviços de saúde precisam ser organizados na perspectiva do cuidado universal, integral e igualitário preconizado pelo SUS (VARANDA; ADORNO, 2004). Cabe destacar que a Portaria nº 122, publicada em 2011, pelo Ministério da Saúde, visa aumentar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde e, dessa forma, atender melhor às necessidades de saúde dessa população através das equipes de Consultório na Rua, estrutura que integra a atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolve ações de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo apresentou estudos que descrevem condições em saúde bucal da população em situação de rua. Foram inclusos 39 artigos publicados entre 1984 e 2021, sendo 24 destes estudos realizados em apenas quatro, dos 15 países identificados na pesquisa, demonstrando uma grande desigualdade na produção de conhecimento com esta temática no mundo. Ao mesmo tempo, entende-se que a realização de estudos analisando a condição de saúde bucal da pessoa em situação de rua não é recente, reflexo da historicidade do grupo e da necessidade de proporcionar maior notoriedade a tal realidade, demandas e direitos que essas pessoas têm. A situação de rua não é uma condição estática, podendo ocorrer pelas mais variadas razões, diante disso, os conceitos de pessoa em situação de rua apresentados na revisão variaram desde conceitos mais objetivos, como quanto à obtenção de uma habitação permanente ou não, até conceitos mais subjetivos, envolvendo qualidade da moradia, moradia familiar e uso da rua para sobrevivência.

Passados mais de 30 anos desde a publicação do primeiro artigo selecionado na pesquisa, nota-se que as pessoas em situação de rua continuam desassistidas e em crescente aumento. A precariedade das condições em saúde bucal da população em situação de rua observada nos estudos é um reflexo da invisibilidade social destas pessoas no âmbito das políticas públicas. Os estudos relatam altos índices de lesão de cárie, doença periodontal e perda dentária entre a população em estudo, além de poucos relatos de uso de próteses reabilitadoras. Esse cenário evidencia a necessidade de um olhar atento para o cuidado prestado a essas pessoas, com a compreensão de que este é um grupo distinto, heterogêneo e demanda serviços preparados para atender às suas necessidades, compreendendo ações e políticas que considerem as pessoas em sua integralidade biopsicossocial.

Consideram-se fundamentais estudos que verifiquem as condições em saúde bucal das populações em situação de rua e que permitam associar estes resultados à organização de programas, acesso e efetividade de ações em saúde bucal. Estudos que permitam a reflexão em saúde bucal dessas pessoas são uma forma de denúncia social, permitem levar a questão a pautas de discussão e ao conhecimento público, podendo servir como base para novas políticas, práticas em saúde e comportamento social. Sugere-se que mais estudos sejam realizados com outros enfoques, outras fontes de dados e com diferentes descritores para ampliar o conhecimento na área, e que recomendem soluções para os problemas identificados nesta pesquisa, tendo em vista os modelos de implementação dos serviços de saúde.



## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. *et al.* **The Changing Role of Service Provision: Barriers of Access to Health Services for Homeless People.** European Federation of National Organisations Working with the Homeless, Brussels, 2006. Disponível em: [https://www.feantsaresearch.org/download/2006\\_barriers\\_of\\_access\\_to\\_health\\_services7648924114704018507.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/2006_barriers_of_access_to_health_services7648924114704018507.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.
- ANDRADE, J.O.M., SANTOS, C.A.S.T, OLIVEIRA, M.C. Fatores associados ao câncer de boca: Um estudo de caso-controle em uma população do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo, v.18, n. 4, p. 894-905, out-dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TqZ4DxHm3hrxjqWzRhGrCvJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice**, London, v. 8, n.1, p. 19-32, Feb. 2005. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616> Acesso em: 29 abr. 2021.
- ARMSTRONG, M. *et al.* Barriers and facilitators to accessing health and social care services for people living in homeless hostels: a qualitative study of the experiences of hostel staff and residents in UK hostels. **BMJ Open**, Reino Unido, v. 11. Sep. 2021. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053185>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e053185>. Acesso em: 19 out, 2021.
- BEATON, L.; COLES, E. Freeman R. Homeless in Scotland: An oral health and psychosocial needs assessment. **Dentistry Journal.** [s.l.] v. 6 n. 4. 2018. <https://doi.org/10.3390/dj6040067>.
- BOTTI, N.C.L. et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. Spe, p. 536-555, nov. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000300010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300010). Acesso em: 24 out. 2021.
- BOWEN, M. *et al.* Multimorbidity and emergency department visits by a homeless population: a database study in specialist general practice. **British Journal of General Practice**, London, v. 69, n. 685. Aug. 2019. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704609> Disponível em: <https://bjgp.org/content/69/685/e515>. Acesso em: 10/10/2021.
- BRASIL. **Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua.** Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 24 out. 2021.
- BRASIL a. Ministério da Saúde. **Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua.** Brasília: MS, 2012a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf). Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL b. 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. **Diário Oficial da União**, 2012b. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília: Secr. Dir. Hum., 2013. Disponível em:

[http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao\\_dialogos\\_sobre\\_a\\_populacao\\_em\\_situacao\\_de\\_rua\\_no\\_brasil\\_e\\_na\\_europa.pdf](http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao_dialogos_sobre_a_populacao_em_situacao_de_rua_no_brasil_e_na_europa.pdf). Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010 resultados principais**. Brasília – DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil\\_2010.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil_2010.pdf). Acesso em: 29 nov. 2021.

BRITISH DENTAL ASSOCIATION. **Dental Care for Homeless People**. BDA Research Team. 2003. Disponível em:

<https://www.ottawainnercityhealth.ca/staff/PDFs/Resources/Homeless.pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARVALHO, A.I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2, p. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

COLES, E. *et al.* Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: Predicting depression in homeless people. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 71, n. 2, p. 108-112, 2011. <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.004>.

COLLINS, J.; FREEMAN, R. Oral health needs of the homeless. **British Dental Journal**, London, v. 202, n. 12, p.742-742, 2007. <https://doi:10.1038/bdj.2007.572>.

COMASSETTO, M. O.; HUGO, F. N.; NEVES, M. *et al.* Dental pain in homeless adults in Porto Alegre, Brazil. **International Dental Journal**, London, v. 71 n. 3 p. 206-216, 2021. <https://doi:10.1111/idj.12626>.

CONTE, M. *et al.* Oral health, related behaviors and oral health impacts among homeless adults. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 66, n. 4, p. 276-278, 2006. <https://doi:10.1111/j.1752-7325.2006.tb04082.x>.

CORTIZO, R. M. **População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?** Brasília, DF: Ministério de Cidadania, 2019.

- CSIKAR, J. *et al.* Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. **Community Dental Health**, London, v. 36, n. 2, p. 137-142, Jun. 2019. [https://doi: 10.1922 / CDH\\_4488Csikar06](https://doi.org/10.1922/CDH_4488Csikar06). Disponível em: <https://www.cdjournal.org/issues/36-2-june-2019/976-identifying-the-barriers-and-facilitators-for-homeless-people-to-achieve-good-oral-health>. Acesso em: 10 out. 2021.
- CHIU, S. H.; DIMARCO, M. A.; PROKOP, J. L. Childhood Obesity and Dental Caries in Homeless Children. **Journal of Pediatric Health Care**, St. Louis, v. 27, n. 4, p. 278-283, 2013. [https://doi:10.1016/j.pedhc.2011.11.007](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.11.007)
- CLARKE, M. *et al.* Payne B. The oral health of disadvantaged adolescents in North York, Ontario. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v. 87, n. 4, p. 261-263, Jul-Aug. 1996.
- DALY, B. *et al.* Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 38, n. 2, p. 136-144. 2010. [https://doi:10.1111/j.1600-0528.2009.00516.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00516.x).
- DAVIES, A.; WOOD, L. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. **The Medical Journal of Australia**, Austrália, v. 209, n. 5. Sep. 2018. Disponível em: [https://www.mja.com.au/system/files/issues/209\\_05/10.5694mja17.01264.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/209_05/10.5694mja17.01264.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.
- DIMARCO, M. A. *et al.* The Pediatric Nurse Practitioner's Role in Reducing Oral Health Disparities in Homeless Children. **Journal of Pediatric Health Care**, St Louis, v. 23, n. 2, p. 109-116, 2009. [https://doi:10.1016/j.pedhc.2007.12.013](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.12.013).
- DIMARCO, M. A.; LUDINGTON, S. M.; MENKE, E. M. Access to and utilization of oral health care by homeless children/families. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Thousand Oaks, v. 21, n. 2, p. 67-81, 2010. [https://doi: 10.1353 / hpu.0.0277](https://doi.org/10.1353/hpu.0.0277).
- DOGAN, M. C. *et al.* The oral health status of street children in Adana, Turkey. **International Dental Journal**, London, v. 56, n. 2, p. 92-96, 2006. [https://doi:10.1111/j.1875-595x.2006.tb00079.x](https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2006.tb00079.x).
- FIGUEIREDO, R. *et al.* Emergency department use for dental problems among homeless individuals: A population-based cohort study. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Thousand Oaks, v. 27, n. 2, p. 860-868, 2016. [https://doi:10.1353/hpu.2016.0081](https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0081)
- FORD, P. J.; CRAMB, S.; FARAH, C. S. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 59, n. 2 p, 234-239, 2014. [https://doi:10.1111/adj.12167](https://doi.org/10.1111/adj.12167).
- FREIRE, M. do C. M. *et al.* Dental pain in adult and elderly homeless people: Prevalence, associated factors, and impact on the quality of life in Midwest Brazil. **Journal of the Public Health Dentistry**, Raleigh, p. 1-9, 2021. <https://doi.org/10.1111/jphd.1245>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphd.12452>. Acesso em: 06/11/2021
- FREIRE, M. do C. M. *et al.* Untreated dental trauma among homeless people in Midwest Brazil. **Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 37, n. 2, p. 360-362, Apr. 2021. [https://doi:10.1111/edt.12619](https://doi.org/10.1111/edt.12619).

- FREITAS, D.J. *et al.* Oral health and access to dental care among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 79, n. 1, p. 3-9, 2019 <https://doi: 10.1111 / jphd.12288>.
- FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; JUNQUEIRA, S. R.; NARVAI, P. C. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 4, p. 279-285, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n4/279-285/>. Acesso em: 24 out. 2021.
- GELBERG, L.; LINN, L. S.; ROSENBER, D. J. Dental health of homeless adults. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 8, n. 4, p.167-172, 1988. <https://doi:10.1111/j.1754-4505.1988.tb00725.x>.
- GIBSON, G. *et al.* A national survey of the oral health status of homeless veterans. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 63, n. 1. p. 30-37, 2003. <https://doi:10.1111/j.1752-7325.2003.tb03471.x>.
- GOMES, S. F. A importância e aplicabilidade da Odontologia do Trabalho na exposição ambiental ao chumbo. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, Jan./Jun. 2013. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72722013000100018](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000100018). Acesso em: 24 out. 2021.
- GOODE, J.; HOANG, H.; CROCOMBE, L. Homeless adults' access to dental services and strategies to improve their oral health: A systematic literature review. **Australian Journal of Primary Health**, Bundoora, v. 24, n. 4, p. 287–298, 2018. Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/py/PY17178>. Acesso em: 29 abr. 2021.
- HAWKESFORD, J. L.; LETTE, H.; SAUNDERS, J.; SLACK-SMITH, L. Oral health perceptions and client satisfaction among homeless adults attending a community-centred dental clinic. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 66, n. 1, p. 67-76. Mar. 2021. <https://doi:10.1111/adj.12809>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/adj.12809>. Acesso em: 24 out. 2021.
- HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgia Brasileira**, v. 20, n. 2, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?lang=pt>. Acesso em 29 nov. 2021.
- HOUT, M. C. V.; HAENE, E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. **Journal of the Irish Dental Association**, Dublin, v. 60, n. 3 p. 144-149, 2014. Disponível em: <https://www.drugsandalcohol.ie/22431/1/JIDA%202014%2060%20No1%203%20-%20June%20July.pdf>.
- INSTITUTO OF MEDICINE. **Homelessness, Health and Human Needs**. Washington, DC.: The National Academies Press, 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218232/>. Acesso em: 19 out. 2021.

KASTE, L. M.; BOLDEN, A. J. Dental Caries in Homeless Adults in Boston. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 55, n. 1, p. 34-36, 1995. <https://doi:10.1111/j.1752-7325.1995.tb02328.x>.

LAWDER, J. A. C. *et al.* Impact of oral condition on the quality of life of homeless people. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 53, n. 1, 2019. <https://doi:10.11606/S1518-8787.2019053000718>.

LEBRUN-HARRIS, L. A. *et al.* Health Status and Health Care Experiences among Homeless Patients in Federally Supported Health Centers: Findings from the 2009 Patient Survey. **Health Services Research**, Chicago, v. 48, n. 3 p. 992-1017. Jun. 2013. <https://doi:10.1111/1475-6773.12009>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681240/>. Acesso em: 29 abr. 2021.

LEE, J.; GAETZ, S.; GOETTLER, F. The oral health of Toronto's street youth. **Journal Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 60, n. 6, p. 545-548, 1994.

LUO, Y; MCGRATH, C. Oral health status of homeless people in Hong Kong. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 26, n. 4, p.150-154, 2006. <https://doi:10.1111/j.1754-4505.2006.tb01716.x>.

LUO, Y.; MCGRATH, C. Oral health and its impact on the life quality of homeless people in Hong Kong. **Community Dental Health**, London, v. 25, n. 3, p. 137-142, 2008. [https://doi:10.1922/CDH\\_2157Lou06](https://doi:10.1922/CDH_2157Lou06)

JAGO, J. D.; STERNBERG, G. S.; WESTERMAN, B. Oral health status of homeless men in Brisbane. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 29, n. 3, p. 184-188, 1984. <https://doi:10.1111/j.1834-7819.1984.tb01137.x>.

MAGO, A. *et al.* Anxiety and anger of homeless people coping with dental care. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 46, n. 3, p. 225-230, Jun. 2018. <https://doi:https://doi.org/10.1111/cdoe.12363>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12363>. Acesso em: 10 out. 2021.

MICHEL, J. F. *et al.* The street children of Manila are affected by early-in-life periodontal infection: description of a treatment modality: sea salt. **Refu'at ha-peh eha-shinayim**, [s.l.] v. 30, n. 1, p. 6-13, 2013.

MORRISON, D. S. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 38, n. 3, Jun. 2009. <https://doi:https://doi.org/10.1093/ije/dyp160>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/38/3/877/686657>. Acesso em: 10 out. 2021.

NATALINO, M. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. IPEA, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35812](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812). Acesso em: 06 abr. 2021.

NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS. **State of Homelessness: 2021 Edition**. 2021. Disponível em: <https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/homelessness-statistics/state-of-homelessness-2021/>. Acesso em: 24 out. 2021.

O'BRIEN, K.; *et al.* Health, perceived quality of life and health services use among homeless illicit drug users. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 154, p. 139-145, Sept. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.033>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871615003324> Acesso em: 07 abr. 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Homeless population**. Paris: OECD, 2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

PALMA, P. de *et al.* Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 63, n. 1. p. 50-55, 2005. <https://doi:10.1080/00016350510019658>.

PAIVA, I. K. S. de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. <https://doi:10.1590/1413-81232015218.06892015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

PAISI, M. *et al.* Management of plaque in people experiencing homelessness using 'peer education': a pilot study. **British Dental Journal**, London, v. 226, n. 11, p. 860-866, 2019. <https://doi:10.1038/s41415-019-0361-0>.

PARKER, E. J. *et al.* Self-reported oral health of a metropolitan homeless population in Australia: Comparisons with population-level data. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 56, n. 3, p. 272-27, 2011. <https://doi:10.1111/j.1834-7819.2011.01346.x>.

PEREIRA, M. de; OLIVEIRA, L.; LUNET, N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. **Oral health & preventive dentistry**, v. 12, n. 2, p. 109-116, 2014. <https://doi:10.3290/j.ohpd.a31215>.

PIZEM, P.; MASSICOTTE, P.; VINCENT, J. R.; BAROLET R. Y. The state of oral and dental health of the homeless and vagrant population of Montreal. **Journal Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 60, n. 12, p. 1061-1065, 1994.

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198/149017>. Acesso em: 06/11/2021.

RICHARDS, W.; KEAUFFLING, J. Homeless who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. Primary dental care. **Journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK)**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 94-98, 2009. <https://doi:10.1308/135576109788634287>.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, ago. 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/t4HQncdWJHn5CG3MHzpJYcb/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

SEIRAWAN, H. *et al.* The oral health conditions of the homeless in downtown Los Angeles. **Journal of the California Dental Association**, Sacramento, v. 38, n. 9, p. 681-688, 2010.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. Diretoria de estudos e políticas sociais. **População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. IPEA. 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35809](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35809). Acesso em 29 nov. 2021.

SILVA, J. V. da; MACHADO, F. C. de A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20 n. 8. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2015.v20n8/2539-2548/>. Acesso em 29 nov. 2021.

SFEATCU, R. *et al.* Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. **Journal of Medicine and Life**, Romênia, v. 4, n. 2, p. 168-171, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124273/>. Acesso em: 25 out. 2021.

SIMONS, D.; PEARSON, N; MOVASAGHI, Z. Developing dental services for homeless people in East London. **British Dental Journal**, London, v. 213, n. 7. 2012. <https://doi:10.1038/sj.bdj.2012.891>.

STAFFORD, A.; WOOD, L. Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants. **International Journal of Environmental Research Public Health**, Basel, v. 14, n. 12, Dec. 2017. <https://doi:10.3390/ijerph14121535>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750953/>. Acesso em: 29 abr. 2021.

STORMON, N. A. *et al.* Does a facilitated pathway improve access to dental services for homeless and disadvantaged adults? **Evaluation and Program Planning**, v. 71, p. 46-50, 2018. <https://doi:10.1016/j.evalprogplan.2018.08.002>.

STORMON, N. *et al.* Evaluation of a community based dental clinic for youth experiencing homelessness in Brisbane. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, p. 1-8. 2018. <https://doi:10.1111/hsc.12644>.

STORMON, N.; SOWA, P. M.; ANDERSON, J.; FORD, P.J. Facilitating Access to Dental Care for People Experiencing Homelessness. **JDR clinical and translational research**, [s. l.], v.6, n. 4, p. 420-429, 2020. <https://doi.org/10.1177/2380084420952350>.

TRIESNANDA, K. F.G.; KUNTARI, S.; DEWI, A. M. Pollution exposure on the gingival lead line case on street children in SDN kota lama 5 malang. **European Journal of Molecular and Clinical Medicine**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 880-886, 2020. Disponível em: [https://ejmcm.com/article\\_2950.html](https://ejmcm.com/article_2950.html). Acesso em: 26 out. 2021.

TRICCO, C. A. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annal of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 169 n. 7, p. 467-473, Oct. 2018. <https://doi:10.7326 / M18-0850>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 29 abr. 2021.

TRINDADE, M. G. F.; OLIVEIRA, M. C.; PRADO, J. P., SANTANA, L. L. P. Lesões associadas à má adaptação e má higienização da prótese total. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [s.l.], v. 12, n. 42, p. 956-68, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1377/0>. Acesso em: 24 out. 2021.

UNITED NATIONS. **Affordable housing and social protection systems for all to address homelessness**. Nairobi: UN, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/10/summary-egm-final-9sep.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

UNITED NATIONS. **Report on the World Social Situation**, 2003. New York, 2003. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/2003/fullreport.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

UNITED NATIONS. **Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context**. Genebra: UN, 2017. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/861179>. Acesso em: 10 maio 2021.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde Soc**, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. de A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 29-39, dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fBP7RGTF8KrGFh8DY58xrKM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

WAPLINGTON, J.; MORRIS, J.; BRADNOCK, G. The dental needs, demands and attitudes of a group of homeless people with mental health problems. **Community Dental Health**, London, v. 17, n. 3, p. 134-137, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003**. Genebra: WHO, 2003. Disponível em: [https://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf). Acesso em: 17 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programme on mental health : WHOQOL user manual**, 2012 revision. Genebra: WHO, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>. Acesso em: 10 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Inequities and their causes**. Genebra: WHO, feb. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Acesso em: 10 out. 2021.



YOKOTA, K. *et al.* The extent and nature of dental anxiety in Australians experiencing homelessness. **Health & social care in the community**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 2352-2361, 2020. <https://doi:10.1111/hsc.13056>.