

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE  
FORA FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Karime de Castro Paiva**

**Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de  
rua**

Juiz de Fora

2020

## **Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de  
geração automática da Biblioteca Universitária da  
UFJF,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paiva, Karime de Castro .  
Autopercepção e condições de saúde bucal em  
adultos em situação de rua / Karime de Castro  
Paiva. -- 2020.

102 f. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade  
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

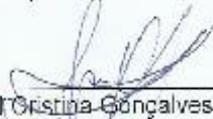
1. População em situação de rua. 2. Autopercepção  
em saúde bucal. 3. Saúde bucal. I. Leite, Isabel Cristina  
Gonçalves , orient. II. Título.

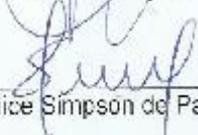
KARIME DE CASTRO PAIVA

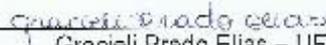
**“Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Adultos em Situação de Rua”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 12/03/2020

  
\_\_\_\_\_  
Isabel Cristina Gonçalves Leite – UFJF

  
\_\_\_\_\_  
Janice Simpson de Paula – UFMG

  
\_\_\_\_\_  
Gracieli Prado Elias – UFJF

Dedico esta pesquisa às mulheres e aos homens em situação de rua que permitiram minha aproximação, compartilharam suas experiências, vitórias e tristezas e provocaram em mim, reflexões que transformaram meu mundo pessoal e profissional.

Obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu Pai Eterno, presença constante na minha vida que me ajuda a ter fé, inspiração e coragem. Luz que me leva a seguir a frente!

Ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFJF pela oportunidade de me qualificar em um programa de excelência.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Cristina Gonçalves Leite, por sua excelência científica, apoio e parceria como minha orientadora. Tudo isso refletiu como estímulo e contribuições no meu trabalho. Só tenho a agradecer pela oportunidade de aprender com você.

À minha mãe, meu pai e meus irmãos, meu porto seguro, força e incentivo, que suportaram minhas ausências, para que eu pudesse dedicar-me aos estudos, e motivaram-me sempre oferecendo afeto e compreensão.

Ao meu companheiro de vida, Bruno, por me impulsionar na realização da pesquisa, por ser minha fortaleza nas horas de cansaço e ansiedade, presente, amoroso e paciente.

À parceira Lavínea, sempre com um sorriso no rosto, disponível e gentil, minha maior incentivadora na superação dos obstáculos para conclusão dessa pesquisa. Compartilhamos momentos de tensão e alegria, durante essa jornada. Levarei a nossa amizade por toda a vida. Muito obrigada por dividir comigo esse momento. A você muita sabedoria e dedicação para nossa querida profissão!

Estendo meus agradecimentos à Secretaria de Desenvolvimento Social e à Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC) por permitirem a realização desta pesquisa. Aos coordenadores das instituições que atendem a população em situação de rua, por colaborarem com as entrevistas, ajudando-me a aproximar dos homens e mulheres que compartilharam comigo suas histórias.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (ARTHUR SCHOPENHAUER, 2017, p. 272).

## RESUMO

Na população em situação de rua a saúde bucal é deficiente e está relacionada com dor, sofrimento, mutilação e privações. Compreender a autopercepção dos indivíduos sobre sua condição bucal revela a importância de se abordar aspectos sociais e psicológicos no processo saúde- adoecimento. A pesquisa teve como objetivo associar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida com determinantes sociodemográficos, a autopercepção e condições de saúde bucal e de acesso ao tratamento odontológico, em adultos em situação de rua em Juiz de Fora - Minas Gerais. A saúde bucal da população em situação de rua é precária, sem intersetorialidade entre as políticas públicas. A distância entre os desafios sociais e as premissas da Política Nacional de Saúde Bucal é um entrave que inviabiliza o acesso à saúde bucal. Buscou-se compreender, na ótica desses indivíduos, como concebem os cuidados de saúde da boca e seus impactos em sua qualidade de vida, além dos motivos que os levam a procurar atendimento à saúde, apresentando uma análise que contribua para a saúde bucal. Para isso, foi realizada uma pesquisa analítica transversal, em quatro instituições que alojam moradores em situação de rua de forma permanente e transitória, localizadas em Juiz de Fora. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e observação clínica bucal, além de avaliação e autopercepção de saúde bucal e os indicadores OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile-14*) e ICSB (Indicador Comunitário em Saúde Bucal), que os caracterizam quanto a fatores demográficos, psicossociais e clínicos referentes à saúde bucal. Para avaliar o acesso aos serviços odontológicos, foi utilizado o protocolo aplicado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. A variável dependente do estudo foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14). A descrição dos dados usou medidas de frequência e de tendência central. Os domínios do OHIP-14 foram analisados quanto a sua normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo constatada sua distribuição não paramétrica. A fim de associar o desfecho impacto das condições sociodemográficas e de saúde bucal (autopercepção, ICSB e acesso ao serviço) na qualidade de vida de PSR, foram comparadas sua mediana e distância interquartil pelos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A regressão linear múltipla reuniu as variáveis significativas ( $p < 0,05$ ) da análise bivariada por domínio do OHIP-14. A análise de regressão (tabela 5) manteve no modelo final o sexo feminino, revelando piores escores para o OHIP-14

e para autopercepção em Saúde Bucal, com ênfase nos impactos na incapacidade psicológica, desconforto psicológico e desvantagem social. A saúde bucal revelou limitação física, incapacidades físicas e psicológicas. Associou a presença de mais dentes a esses impactos físicos e a presença de gengiva inflamada, ausência de necessidade de prótese e o uso de serviço privado à pior percepção do domínio incapacidade psicológica. A saúde bucal na população em situação de rua se mostra suscetível à lesões bucais, com sequelas no seu dia a dia. Estabelecer uma saúde bucal e reduzir seus efeitos na qualidade de vida da população citada é um desafio em saúde pública. É preciso nesse grupo, que a avaliação dos caracteres clínicos e subjetivos em saúde bucal, ocorra de forma concomitante, para que suas necessidades sejam atendidas com equidade, em prol do bem-estar social.

**Palavras-chave:** População em situação de rua. Autopercepção em saúde bucal. Saúde bucal.

## ABSTRACT

In the homeless population, oral health is poor and is being used with pain, suffering, mutilation and deprivation. Understanding individuals' self-perception of their oral condition reveals the importance of addressing social and psychological aspects in the health-illness process. This research aimed to evaluate the self-perceived impact of oral health conditions on the quality of life of homeless adults in the city of Juiz de Fora –Minas Gerais. The oral health of the homeless population is precarious, without intersectorality between public policies. The distance between social challenges and the premises of the National Oral Health Policy are those that make access to oral health unfeasible. We sought to understand, from the perspective of these individuals, how to conceive oral health care and its impacts on their quality of life, in addition to the reasons that lead to seeking health care, an analysis that contributes to oral health. For this, a cross-sectional analytical research was carried out in four institutions that house residents in a permanent and transient homeless situation, located in Juiz de Fora. Data were collected through structured interviews and oral observation, as well as oral health assessment and self-perception, and the OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14) and ICSB (Community Oral Health Indicator) indicators, which characterized them regarding demographic factors, psychosocial and clinical aspects related to oral health. To evaluate or access dental services, the protocol applied in the National Oral Health Survey was used. A dependent variable of the study was the impact of oral health on quality of life (OHIP-14). Data description used frequency and central tendency measurements. The OHIP-14 domains were analyzed for normality by the Kolmogorov-Smirnov test, and their nonparametric distribution was verified. In order to associate the outcome impact of sociodemographic and oral health conditions (self-perception, SSCI and access to service) on the quality of life of PSR, their medians and interquartile distance were compared by the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Multiple linear regression gathered the significant variables ( $p < 0.05$ ) of the OHIP-14 domain bivariate analysis. The regression analysis (table 5) kept the female gender in the final model, revealing worse scores for OHIP-14 and self-perception in Oral Health, with an emphasis on the impacts on psychological disability, psychological discomfort and social disadvantage. Oral health revealed physical limitations, physical and psychological disabilities. He associated the presence of more teeth

to these physical impacts and the presence of inflamed gums, the absence of the need for a prosthesis and the use of private services with the worse perception of the psychological disability domain. Oral health in the homeless population is susceptible to oral lesions, with sequelae in their daily lives. Establishing oral health and reducing its effects on the quality of life of the mentioned population is a public health challenge. It is necessary in this group, that the evaluation of clinical and subjective characters in oral health, occurs concurrently, so that their needs are met with equity, in favor of social well-being.

**Keywords:** Homeless population. Self-perception in oral Health. Oral Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Recrutamento dos participantes.....	32
Figura 2 – Modelo teórico com variáveis do estudo .....	34

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAMP – RUA	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua
CF/88	Constituição Federal de 1988
CR	Consultório na rua
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CPOD	Dentes Obturados, Perdidos e Cariados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSB	Indicador Comunitário em Saúde Bucal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MG	Minas Gerais
NHS	Serviço Nacional de Saúde
OHIP-14	Oral Health Impact Profile-14
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBS	Programa Brasil Sorridente
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSR	População em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

WHO

*World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
2.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E DAS PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA ....	16
2.2	POLÍTICAS NACIONAIS VOLTADAS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	20
2.3	SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	23
2.4	AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	25
2.5	OHIP-14 E ICSB COMO FONTES DE DADOS PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL .....	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	31
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	33
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	34
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE B – Declarações de Infraestrutura .....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE C – Instrumentos de Coleta de Dados.....</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO A – Autopercepção em Saúde Bucal.....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO B – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.....</b>	<b>89</b>
	<b>ANEXO C – OHIP.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO D – Indicador Comunitário em Saúde Bucal – ICSB .....</b>	<b>93</b>
	<b>ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética .....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO F – Normas para publicação <i>Special Care in Dentistry</i> .....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito em saúde preconizado mundialmente, destaca a construção do cuidado valorizando-se o social e a subjetividade, com estímulos aos modelos de atenção compartilhada voltados para a construção do vínculo profissional-paciente. A população em situação de rua (PSR) vem crescendo no país, compondo um grupo onde é comum a pobreza extrema. (BARATA *et al.*, 2015; PAIVA *et al.*, 2016; DALY *et al.*, 2010).

A garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população é um pressuposto essencial. Fazem parte de um grupo heterogêneo, na sua forma de agir e pensar em saúde, vivem em condições precárias com vulnerabilidades de diversas ordens, o que pode determinar suas condições de saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Saúde Coletiva, como um campo que aborda os determinantes sociais no processo saúde-adoecimento, pode promover ações com base nos fatores de risco para a PSR, em busca da equidade.

Apesar da implantação de uma política específica que lhes assegura o direito à saúde, de se ter uma assistência gratuita, fornecida pelo serviço público, a PSR apresenta um perfil em saúde com altas morbidades, e acessam o serviço de saúde em caráter emergencial. Não sendo diferente no que tange à condição de saúde bucal, o qual gera impactos psíquicos, físicos e social, repercutindo no dia a dia dessas pessoas (SILVEIRA; STANKE, 2008; SEGATTO, ARAÚJO; RODRIGUES, 2016; LAWDER *et al.*, 2019).

Corroborando esse perfil, o cuidado com o corpo que assume várias facetas, depende diretamente da cultura, de questões sociais, podendo diferenciar-se de pessoa para pessoa em distintos contextos (AGUIAR, IRIART, 2012).

Acresce a isso, a história da Odontologia, que, durante décadas, esteve à margem das políticas públicas de saúde em nosso país, de modo que o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. O principal tratamento oferecido pela rede pública era a exodontia, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação restrita à clínica e ações preventivas contra agentes biológicos, causadores de lesões bucais, com foco em hábitos de higiene bucal (SPEZZIA *et al.*, 2015).

Dito isso, a saúde bucal, nesse grupo, torna-se prioritária e um desafio para

os profissionais, uma vez que, é preciso uma abordagem psicossocial, a fim de se reduzir as necessidades não atendidas. Nesse contexto, estudos comprovam que é necessário compreender o outro, criar não só vínculo e acolhimento entre profissional e essa população, mas também rede de apoio intersetorial aproximada do território e do cuidado emancipador, caracterizando o cuidado individualizado, que reconhece o sujeito como participante do processo (KOOPMANS *et al.*, 2019).

Partindo dessas premissas, estudos realizados com a PSR destacam as especificidades do grupo, enquadrando as mesmas como uma questão de enfrentamento não só individual, mas social. Busca-se assim, promover uma atenção em saúde, com equidade e integralidade (SLADE, 2012; KERTESZ, *et al.*, 2013, CAMPBELL *et al.*, 2015; PADGETT *et al.*, 2016; LAWDER *et al.*, 2019).

Embora os primeiros trabalhos com essa população datem do ano de 2000 (KOOPMANS *et al.*, 2019), são escassos os levantamentos específicos sobre condições sociodemográficas e epidemiológicas voltadas à saúde bucal da PSR. Nessa perspectiva, o presente estudo considera a importância desse processo social que exige de quem se propõe a entendê-lo e intervir sobre ele, não só uma abordagem biológica e técnica, como também o conhecimento da dimensão social, das formas de acesso e de cuidados odontológicos (SILVEIRA; STANKE, 2008; PADGETT *et al.*, 2016; DALY *et al.*, 2010; LUO; MCGRATH, 2008; FORD, 2014; NÓBREGA *et al.*, 2018).

Diante do exposto, indaga-se: qual será a autoavaliação em saúde bucal, de adultos em situação de rua? Para tanto, esta proposta de pesquisa toma como objeto de estudo associar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida com determinantes sociodemográficos, a autopercepção e condições de saúde bucal e de acesso ao tratamento odontológico, em adultos em situação de rua em Juiz de Fora- Minas Gerais (MG).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A fim de se buscar compreender a relação da autopercepção de saúde bucal dos adultos em situação de rua, e seus determinantes sociais, o texto apresentará, de forma sucinta, as práticas em saúde, as principais políticas voltadas à PSR, seguido de uma caracterização da saúde bucal na PSR, e da autopercepção em saúde bucal. Apresentar-se-á a aplicação, concomitante, dos indicadores em saúde bucal com dados subjetivos e clínicos, nas avaliações em saúde, sendo detalhados os instrumentos empregados no estudo, o OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14) e o ICSB (Indicador Comunitário em Saúde Bucal).

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E DAS PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA

Em meio à procura de descritores sobre o tema, as publicações brasileiras usam de terminologias, que tratam o estar na rua como algo permanente, como moradores de rua, sem teto. A opção deste trabalho pelo uso da expressão “população em situação de rua” (PSR), em detrimento dessas, deve-se à transitoriedade que essas pessoas vivenciam, abrigando-se ora nas ruas ora em abrigos.

Compreender o processo de exclusão social como um fenômeno histórico e social, nos revela seus reflexos que desencadearam sequelas na saúde. No cenário mundial, nas décadas de 1970 e 1980, período marcado por movimentos em prol de um sistema de proteção social baseado na justiça social, com a democratização e a universalização da saúde, por meio da participação popular, as discussões sobre as relações entre saúde e sociedade tornaram-se férteis (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Outro aspecto levantado, em relação à PSR, é revelar sua invisibilidade frente às políticas sociais (VARANDA; ADORNO, 2004). Essa exclusão social é percebida no fato de essa parcela da população não participar do censo demográfico nacional. Até o momento, a última pesquisa nacional desse grupo populacional foi feita, em 2007, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (BRASIL, 2008).

Os dados desse levantamento registraram em 71 municípios brasileiros um total de 31.922 pessoas nessa situação. Além da quantificação, esse censo ofereceu várias informações para melhor compreensão a respeito das características desse

grupo social: predomínio do sexo masculino, com idade entre 25 e 44 anos, de cor preta ou parda; 70,9% exerciam alguma atividade remunerada; quando doentes, procuravam em primeiro lugar (43,8%) hospital/emergência, em segundo lugar (27,4%), posto de saúde (BRASIL, 2008). Apesar de esse censo não ter abordado integralmente a PSR brasileira e de ser relativamente antigo, ele ainda é referência base no conhecimento das características dessa população.

Embora o censo de 2007 evidencie uma característica prevalente, a de que moradores pesquisados eram homens, o número de mulheres vem crescendo e, quando se encontram em situação de rua, a vulnerabilidade a que estão sujeitas é ainda maior por sua condição de gênero. Essa realidade é agravada pelo fato de, não raro, ao se encaminharem para essa situação, já se encontrarem mentalmente comprometidas (BRASIL, 2008).

A despeito dessa crescente gravidade, ainda são escassos os estudos sobre mulheres em situação de rua/sem teto, que corroboram para a compreensão do significado do viver nas ruas segundo a percepção feminina (COSTA *et al.*, 2015; ROSA; BRETÃS, 2015; ANTONI; MUNHÓS, 2016).

O primeiro diagnóstico da PSR em Juiz de Fora, realizado em 2016 pela Secretaria de Desenvolvimento Social, identificou-a como formada por pessoas que dormem nas ruas, que utilizam os albergues e que eventualmente retornam à sua casa, sendo a maioria do sexo masculino, pretas ou pardas, e cujo nível de escolaridade é o ensino fundamental incompleto. Outros dados relevantes: mais da metade (80%) das pessoas que dormem nas ruas de Juiz de Fora declarou já ter sofrido algum tipo de violência; 35% dos relatos evidenciaram o desemprego como um dos motivos para se estar nessa situação de rua; 62% sofrem de problemas respiratórios, 11%, apresentam doenças de pele, e 16% são dependentes químicos (JUIZ DE FORA, 2016).

Em relação ao fator emprego/desemprego, vale destacar dados que apontam a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho do município: segundo a última divulgação do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, em 2016, foram demitidos 49.282 juiz-foranos contra 46.913 contratados (BRASIL, 2015).

Assim, é fundamental que a sociedade em geral, juntamente com o poder público, tenha um olhar para esses cidadãos sociais e de direito. Esse grupo, embora excluídos da convivência social, vêm aumentando e sendo destaque no cenário de Juiz de Fora e de outras cidades brasileiras (JUIZ DE FORA, 2016).

Ao se implantar o SUS, as práticas de saúde não incorporaram de modo rápido todo o seu ideário e as propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Mantêm-se, ainda nos dias atuais, práticas orientadoras do modelo assistencial e de gestão que, historicamente, privilegiam as intervenções curativas e assistencialistas (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Mesmo que tenha ocorrido uma ruptura dessas intervenções, necessita-se dar maior ênfase nas ações e políticas que potencializam o viver saudável de cada ser humano, protagonista de sua própria história, especialmente do que vive à margem da sociedade, exposto às contínuas desordens e contradições do meio.

Contextualizando a concepção de saúde, para esse grupo, Faria *et al.* (2014) destacam como sendo o estar/viver bem, a disposição para fazer atividades do dia a dia, a ausência de sintomas ou de doenças, e a boa higiene (SILVEIRA; STANKE, 2008; BORYSOW; FURTADO, 2013; SILVA; MARQUES; PORTES, 2015; SEGATTO; ARAÚJO; RODRIGUES, 2016; SILVA *et al.*, 2018; HINO, SANTOS, ROSA, 2018).

A busca em conhecer os significados de saúde e adoecimento tem estimulado pesquisas, medidas sociais e maior consciência coletiva, que podem interferir; afetar e modificar a assistência em saúde ofertada ao ser humano. É preciso romper com conceitos hegemônicos que orientam o saber na odontologia, para se estimular a implantação de linhas de cuidado, com base na escuta e nas necessidades em saúde do outro (SILVEIRA; STANKE, 2008; PUTTINI; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010; BARROS; BATAZZO, 2011; SILVA *et al.*, 2018; CSIKAR *et al.*, 2019).

Observa-se que os saberes dos sujeitos em situação de rua sobre a saúde estão estritamente ligados à forma como é estabelecida sua relação com a equipe de saúde. Assim, Silva, Marques, Portes (2015) destacam o papel das equipes itinerantes de consultório na rua (CR) ao auxiliar os indivíduos a superar os entraves ditados pelo modelo biomédico de unidades de saúde estabelecidas com a população adstrita.

Nesse contexto, estudos registram que as práticas de cuidado em saúde, direcionadas à população em situação de rua, apresentam desafios frente aos problemas mais recorrentes na saúde da PSR, como as enfermidades crônicas, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e doenças bucais (MUNARETTI *et al.*, 2012; AGUIAR; IRIART, 2012; BEZERRA *et al.*, 2015; FIORATI *et al.*, 2016).

Ressalta-se, ainda, que a assistência à saúde desses cidadãos esbarra em outras dificuldades. Os obstáculos para o acesso aos cuidados em saúde,

apontados nos estudos com a PSR, são a falta da habitação e da intersetorialidade, o imediatismo nas demandas, a organização do sistema de saúde fragmentado, o nomadismo, as experiências negativas vividas, anteriormente, com a equipe de saúde e a falta de confiança nestes profissionais. Acresce a isso, a ausência da escuta das necessidades em saúde, apresentadas pelo grupo (BORYSOW; FURTADO, 2013; KERTESZ *et al.*, 2013; MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014; VAN WIJK; MÂNGIA, 2017; SICARI; ZANELLA, 2018).

A atenção à saúde da população socialmente vulnerável e a questão habitacional, tem um impacto substancial sobre a saúde física e mental, sendo um importante determinante social. Ter uma moradia representa estabilidade pessoal, pertencimento social e promove um contato mais confiável com prestadores de cuidados (FARIA *et al.*, 2014; BARATA *et al.*, 2015; HALLAIS; BARROS, 2017).

Dessa forma, alcança-se conquistas sociais, e melhorias no acesso aos serviços de saúde, o qual, é realizado, em grande parte, por agentes e instituições que primam pelas peculiaridades desse atendimento (BORYSOW; FURTADO, 2014; FARIA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2015; FIORATI *et al.*, 2016).

O cuidado em Saúde Bucal em seu sentido mais abrangente, aborda a temática não só em relação ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário (BARROS; BATAZZO, 2011).

Estudo realizado com a equipe de saúde bucal da atenção básica de São Paulo evidenciou a dicotomia entre a clínica odontológica, com alta demanda, e a saúde coletiva (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; SILVA *et al.*, 2018). Como resultado constatou-se que para compreensão do outro é preciso a escuta profissional, o vínculo sujeito-serviço, implicando novos referenciais teóricos e modificação do modelo de abordagem clínica (BARROS; BATAZZO, 2011; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; STEWARD *et al.*, 2016; GOODE *et al.*, 2018; CSIKAR *et al.*, 2019).

Em concordância com o expresso anteriormente, Lawder *et al.* (2019) destacam vários fatores relacionados à vida nas ruas que podem ser apontados como causa de condição ineficaz de saúde, exigindo, portanto, amplo acesso ao respectivo serviço.

Um estudo com as equipes que atuam nos CR mostra que a falta de

acolhimento por parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e como uma atenção em saúde não continuada pode desmotivar a PSR ao autocuidado, intensificando os atendimentos emergenciais (SILVA; ROMANO, 2015; SILVA *et al.*, 2018).

Assim, nota-se que a PSR são socialmente vulneráveis, com uma prática em saúde resultante do acúmulo de barreiras ou riscos, em diferentes setores, e da pouca oportunidade de acesso aos serviços de saúde. Dito isto, ao se compreender o cuidado em saúde desse grupo, torna-se visível o papel dos determinantes sociais na saúde, e busca-se estimular a autonomia do indivíduo em situação de rua, em seu processo de saúde-adoecimento, assim como, planejar políticas em saúde com equidade para essa população do estudo.

## 2.2 POLÍTICAS NACIONAIS VOLTADAS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

No caso do Brasil, o perfil das políticas públicas, em geral, e das políticas econômica e social é o resultado de um processo político, que se desenvolve no âmbito de circunstâncias históricas específicas, capazes de alterar o resultado desse processo de interação entre atores com diferentes preferências e com distintas capacidades de impô-las sobre os demais (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No movimento de redemocratização do país, surge o interesse por mudanças sociais, com o envolvimento de diversos atores. Dentre eles, os sanitaristas, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), denunciando os desmandos na saúde e clamando pelos direitos da população, fortalecendo o movimento da reforma sanitária e as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a Constituição Federal de 1988 (CF/88), culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Na década de 1980, percebeu-se elevado crescimento do número de pessoas morando nas ruas, e essa presença era percebida como inoportuna e ameaçadora, considerada, portanto, questão de segurança pública. Surgem movimentos sociais em prol de conquistas sociais para a PSR, frente ao estado de miséria e com as consequências dela, como a fome e a doença nesse grupo (VARANDA; ADORNO, 2004).

Assim, em 2005, ocorreram as primeiras associações e cooperativas da PSR com o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR), com

participação em conselhos deliberativos, realização da primeira Pesquisa Nacional da População de Rua, em 2007, e a criação do Comitê Técnico de Saúde, em 2009 (MNPR, 2010; IPEA, 2015). Essa mobilização social da PSR objetivou visibilizar suas demandas e buscar soluções imediatas para as necessidades sociais (MNPR, 2010).

As políticas públicas para a população em situação de rua são assim inauguradas, a partir do decreto nº 7053/09, cujas propostas reverberam nas três esferas federativas e quebram um tabu social que acarreta invisibilidade às pessoas que vivem o drama de ter a rua como espaço de moradia (BOVE; FIGUEIREDO, 2016).

Após a publicação da referida política pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, além de serviços, pesquisas em saúde também passaram a ser estimuladas recomendando que sejam necessárias respostas técnicas, gerenciais e de políticas de natureza intersetorial (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

Questiona-se, no entanto, que, mesmo existindo uma política específica, voltada a esse grupo, o indivíduo, ao morar nas ruas, em casas de acolhidas ou frequentando espaços de convivência, está constantemente com a saúde geral precária e em estado de alta vulnerabilidade social (MENEZES *et al.*, 2017).

Outro questionamento em relação à política é que ela considera o cidadão em situação de rua como próprio responsável pela sua situação, desvinculando-o do resto da realidade da localidade e do momento histórico. De acordo com Menezes e Pinto (2016), não basta discutir a problemática que envolve a PSR apenas visando à própria população, como faz a política. Os problemas que levam diversas pessoas a viverem em condições subumanas são fracassos de outras políticas públicas. Portanto, uma Política Nacional para a População em Situação de Rua não pode se restringir apenas a oferecer diretrizes aos Municípios, mas deve coordenar o funcionamento e a avaliação de todo o conjunto de políticas públicas existentes no Brasil, contribuindo para o desenvolvimento social do mesmo.

Buscando, de certo modo, romper com a visão assistencialista, que mantém os sujeitos acomodados com sua situação social, essas políticas públicas fomentam programas e ações em saúde, definindo as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde amplia o acesso dessas pessoas à saúde, por meio da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com ações específicas para a PSR, como a criação das equipes de Consultório na Rua (CR) (BRASIL, 2012).

Após a criação do SUS, políticas, manuais e serviços específicos para a PSR também foram criados, e destaca-se aqui o Consultório na Rua, como avanço, frente a esses obstáculos, na saúde dessas pessoas. Instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, esse equipamento, por meio da intersectorialidade, busca oferecer cuidados no próprio espaço de rua; preserva o respeito ao contexto sociocultural da população; supre as demandas da PSR, aproximando-se de sua realidade; rompe com o modelo assistencial biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência. (BRASIL, 2010; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; PACHECO, 2014; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014; KAMI *et al.*, 2016; BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017).

Uma política específica para o grupo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi definida em 2008. No entanto, identifica-se certo atraso no alcance dos princípios e das diretrizes dessa política, com obstáculos que vão desde a dinâmica de vida dessas pessoas à falta de articulações intersectoriais (BARATA *et al.*, 2015).

. Além disto, em certa medida, constata-se que algumas ações servem apenas para reproduzir desigualdades e ausência de possibilidades e oportunidades a esse segmento social (SERAFINO; LUZ, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil não traz ações específicas para esse grupo, no entanto, reorienta o modelo de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção e vem ganhando força ao se considerar no conceito ampliado de saúde.

A saúde bucal é considerada como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 2003).

Embora, inegavelmente, a sociedade tenha avançado em direção à cidadania, a proteção e a promoção de saúde para a PSR são de responsabilidade pública, implicando participação de todos os cidadãos do país (BRASIL, 2012).

### 2.3 SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Odontologia no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa, mutiladora e com acesso restrito. Tal constatação aponta o setor como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (SPEZZIA *et al.*, 2015). Esse modelo de atenção é um das barreiras em saúde bucal e tem demonstrado que as necessidades não atendidas refletem em condições bucais ruins para a PSR, com impactos, principalmente, no campo psicológico (CSIKAR *et al.*, 2019, LAWDER *et al.*, 2019).

Muitas são os obstáculos citados na literatura para o acesso à saúde bucal por parte da PSR: informações insuficientes sobre os serviços odontológicos locais; atitudes negativas dos profissionais de saúde bucal; baixa prioridade de atendimento odontológico; ansiedade e custo dos tratamentos dentários. Os facilitadores incluíram consultas odontológicas únicas, localizações odontológicas acessíveis e o tratamento realizado com respeito (CSIKAR *et al.*, 2019).

A PSR apresenta alta prevalência de alterações bucais, como cálculo, gengiva inflamada, com alto impacto na sua qualidade de vida, relacionada à saúde bucal, e altos níveis de percepção da necessidade, além de pouca utilização dos serviços odontológicos com priorização do automanejo para o alívio da dor (SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018; CSIKAR *et al.*, 2019; LAWDER *et al.*, 2019).

Estudos revelam que grupos de pessoas em situação de rua adotam medidas extremas para o controle da dor como extrair o próprio dente com alicate, faca ou outro meio. Dessa forma, refletem práticas de cuidado como o imediatismo, preferindo a extração ao tratamento (SILVEIRA; STANKE, 2008; BRASIL, 2012; BORYSOW; FURTADO, 2013).

Quanto aos hábitos de higiene bucal, os mesmos são negligenciados, quer pelo uso de drogas, quer pelo uso de bebida alcoólica como enxaguatório bucal. Pacientes relatam arrependê-lo do descuido com a saúde bucal, que provoca falta de dentes e escurecimento dos remanescentes, comprometendo a aparência, o que leva à perda da autoestima e autoconfiança (VAN HOUT; HEARNE, 2010).

A higiene bucal deficiente, muitas vezes pela dificuldade de encontrar local onde possam fazer esse cuidado, traz problemas de saúde bucal nos dentes e gengivas. Dentre estes estão a cárie e a doença periodontal, que podem causar impactos, que vão desde a alimentação prejudicada (PALMA; CAETANO; LEITE,

2013), sono inadequado, até a autoestima afetada, comprometendo o trabalho e o lazer (SILVEIRA; STANKE, 2008; SEGATO, ARAÚJO; RODRIGUES, 2016).

Estudos com a PSR revelam que fatores psicossociais influenciam no acesso e na utilização dos serviços odontológicos, resultando em necessidades de saúde não atendidas (SEGATTO, ARAÚJO; RODRIGUES, 2016; LAWDER *et al.*, 2019).

Contudo, a saúde bucal, pode não impactar na qualidade de vida e sim o acesso à moradia, alimentação, banheiros limpos, ou seja, um ambiente propício à vida saudável e segura (sem riscos de vício, sem preocupações com as infecções e sem o estigma de viver nas ruas) (PAPELU *et al.*, 2012).

Como o Brasil é um país marcado por desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos, é importante conhecer as condições sociais associadas aos indicadores em saúde bucal, visando à implementação de políticas públicas para promover saúde e buscar a equidade (BARATA *et al.*, 2015; HALLAIS; BARROS, 2017; PETERSEN, 2014).

Um estudo realizado em Blumenau com 15 moradores de rua avaliou a saúde bucal e revelou que eles percebem alterações gengivais, relacionam a saúde bucal com a saúde geral nos aspectos biológicos higiênicos e valorizam o acolhimento profissional (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Figueiredo, Hwang e Quiñonez (2012), em Toronto (Canadá) buscaram determinar a autopercepção da saúde bucal e as experiências de cuidado com a saúde bucal, correlacionando a presença de doenças bucais com o período de tempo de vivência na rua e com o desemprego. Os autores encontraram uma diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis, sendo que aqueles que estavam sem emprego e na rua há um ano ou menos apresentaram um (dentes obturados, perdidos e cariados-CPOD) médio de 11,5, e os que estavam há mais de um ano tiveram um índice de 17,0. Ou seja, o tempo de permanência na rua influencia no cuidado em saúde: aqueles que estão na rua há menos tempo têm mais acesso aos serviços de saúde bucal. Essa pesquisa mostrou que 75% de um grupo de adultos consideram seus problemas bucais não passíveis de tratamento, e 40% acabam buscando atendimento emergencial.

Estudos revelam que grupos de pessoas em situação de rua adotam medidas extremas para o controle da dor como extrair o próprio dente com alicate, faca ou outro meio. Dessa forma, refletem práticas de cuidado como o imediatismo, preferindo a extração ao tratamento (SILVEIRA; STANKE, 2008; BRASIL, 2012;

BORYSOW; FURTADO, 2013).

Ao profissional de saúde bucal que trabalha com a PSR cabe avaliar indicadores sociodemográficos e clínicos, a partir do princípio que o ser humano tem sua história e trajetória de vida (SILVEIRA; STANKE, 2008; BARROS; BATAZZO, 2011; ROSA; BRETÃS, 2015; HALLAIS; BARROS, 2017; GOODE *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Por essa razão, o enfrentamento de problemas bucais exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer acompanhamento individual (MEDEIROS *et al.*, 2017), políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, além de enfoque na promoção da saúde, na universalização do acesso, na responsabilidade pública de todos os segmentos sociais, como, aliás, determina com clareza a Constituição Federal (CONTE *et al.*, 2006; DIMARCO; LUDINGTON; MENKE, 2010; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2017).

O Ministério da Saúde lançou estratégias para ampliar o acesso à saúde bucal, como o Programa Brasil Sorridente (PBS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e a Educação Permanente, a fim de, capacitar os profissionais no cuidado não só com olhares clínicos, mas para os fatores sociais em saúde.

Estudos com trabalhadores do consultório na rua, dirigidos à PSR, revelaram que a inclusão do cirurgião-dentista, além de acrescentar uma escuta qualificada à equipe, pode vir a articular o acesso a diversas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BORYSOW; FURTADO, 2013; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Uma das maiores críticas à Saúde Bucal tradicional para PSR tem sido sua abordagem estreita, isolada e segmentada, essencialmente separando a boca do resto do corpo. Os programas de saúde bucal para a PSR, em sua maioria, têm sido desenvolvidos isoladamente de outras iniciativas, não levando o conhecimento em saúde bucal para os que vivem em um ambiente onde as escolhas saudáveis nem sempre são disponíveis (BRASIL, 2012).

## 2.4 AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A autopercepção é um indicador em saúde que amplia o campo do conhecimento ao incluir, entre outros aspectos, as dimensões subjetivas das

experiências vividas com as doenças, as expressões culturais da saúde e da doença, os aspectos físicos e o meio ambiente (PADGETT et al., 2016).

A avaliação desse indicador em saúde bucal demonstra que o conceito de saúde e doença se dá através de um sistema de valores que envolve situações reais, contrapondo-se às realidades do convívio em grupo do indivíduo. Possibilita também, verificar quando existe a necessidade de mudança do modelo de atenção e de comportamento. A mudança, no entanto, só ocorre quando há motivação, ou seja, quando a pessoa tem a consciência de sua própria condição, fazendo com que o interesse em cuidar de sua saúde, transforme-se em bem estar (GIBSON *et al.*, 2008; LUO; MCGRATH, 2008; SILVEIRA; STANKE, 2008; DALY *et al.*, 2010; FORD CRAMB; FARAH, 2014; LAWDER *et al.*, 2019).

Nos países mais desenvolvidos, como a Austrália, e em desenvolvimento, como a China, onde as PSR têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico público, estudos sobre autopercepção em saúde bucal em adultos detectaram que a necessidade de tratamento foi associada à qualidade de vida, sendo classificada como ruim, uma vez que esses indivíduos afirmam não terem frequentado o consultório odontológico há mais de 2 anos (LUO; MCGRATH, 2008; FORD; CRAMB; FARAH, 2014; PARKER *et al.*, 2011).

Na área da saúde bucal, a autopercepção é multifatorial incluindo fatores relativos à condição de saúde bucal, como ausências de dentes, lesões e restaurações nos mesmos, sintomas das doenças e capacidade de sorrir, falar ou mastigar sem problemas (VALE; MENDES; MOREIRA, 2013).

Em 2015, em quatro cidades da Escócia, Coles e Freeman, utilizando uma amostra intencional com 34 entrevistados de PSR que utilizam serviços do *National Health Service* (NHS) (Serviço Nacional de Saúde), buscaram conhecer a percepção da necessidade de cuidados de saúde bucal da PSR e como eles acessam esses serviços. Obtiveram como resultado a falta de hábitos de higiene bucal, por conta da ausência de locais para realizá-los e também pelo uso de drogas (COLES *et al.*, 2011).

Estudos voltados para avaliar a influência do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida mostraram com destaque o edentulismo, que traz consequências para os campos físico, social e psicológico do indivíduo (PETERSEN, 2014; LAWDER *et al.*, 2019).

Como dito, a busca pelo atendimento é multifatorial, sendo definida a partir de

concepções individuais e coletivas (CAMPBELL et al., 2015). Em se tratando da PSR, essa busca esbarra em prioridades laborais e de sobrevivência, proporcionando uma saúde bucal precária, com reflexos negativos na qualidade de vida (FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

## 2.5 OHIP-14 E ICSB COMO FONTES DE DADOS PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL.

A epidemiologia bucal utiliza, frequentemente, indicadores clínicos normativos, determinados exclusivamente pelos profissionais, para avaliar as condições de saúde e a incidência de doenças, através de fatores sociodemográficos, como gênero e idade (GONÇALVES; ALMEIDA, 2004).

Atualmente, novos conceitos em saúde têm sido incorporados na avaliação da expectativa do indivíduo sobre o processo saúde-adoecimento. Surgem, assim, os indicadores subjetivos na saúde bucal, que avaliam capacidade mastigatória, dor, desconforto e incapacidade funcional das pessoas no processo saúde-doença, fundamentando práticas e atitudes dos seus atores assim como as relações que eles estabelecem com o seu contexto social (GONÇALVES; ALMEIDA, 2004).

Tais indicadores fundamentam a incidência das doenças a partir de práticas e atitudes dos seus atores, assim como as relações que eles estabelecem com o seu contexto social (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2017). Tornam-se importantes na assistência em saúde, mediante recursos escassos, uma vez que priorizam grupos de risco (SLADE, 2012). Para se mensurar o impacto da saúde bucal no dia-a-dia do indivíduo, essas variáveis e os dados clínicos, devem ser usados de forma complementar (TSAKOS *et al.*, 2010).

A derivação brasileira do *Oral Health Impacto Profila-14* (OHIP-14) foi publicada por Oliveira e Nadanovsky, em 2005. Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal que avaliava o impacto de dor dentária na qualidade de vida de 504 gestantes. As perguntas do questionário OHIP-14 procuram relacionar a condição bucal ou das próteses em uso aos temas de cada uma. A dimensão “limitação funcional” inclui perguntas sobre dificuldade para falar e piora no sabor dos alimentos; na dimensão “dor”, pergunta-se sobre a sensação de dor e o incômodo para comer; na dimensão “desconforto psicológico”, as perguntas referem-se à preocupação e ao estresse pela condição bucal (FORD; CRAMB; FARAH,

2014).

O prejuízo na alimentação e a necessidade de interromper a alimentação são os quesitos da dimensão “inabilidade física”, enquanto na “inabilidade psicológica” as perguntas referem-se à dificuldade para relaxar e ao sentimento de vergonha em função da condição bucal (LAWDER *et al.*, 2019).

A dimensão “inabilidade social” inclui perguntas sobre irritação com terceiros e dificuldade de realizar atividades da rotina diária por causa da condição bucal; e as perguntas que compõem a dimensão “incapacidade” buscam saber se há a percepção de que a vida tenha piorado e se a pessoa se sentiu totalmente incapaz de desenvolver suas atividades rotineiras (SLADE, 2012; LAWDER *et al.*, 2019).

Uma pesquisa em saúde bucal realizada com PSR da Austrália, revelou, por meio das respostas correspondentes ao domínio psicológico desse instrumento, o efeito significativo da doença bucal não tratada na vida desse grupo (FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Como ferramenta para o estudo em Saúde Bucal, criou-se o Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB) a partir da necessidade de se obterem dados epidemiológicos que possibilitassem ao cirurgião-dentista amenizar as desigualdades em saúde bucal (SAINTRAIN; VIEIRA, 2012). O principal objetivo do ICSB é averiguar as necessidades da população e, com essa informação, auxiliar no planejamento e na organização do serviço. Esse índice não tem a pretensão de diagnosticar enfermidades, algo que só pode ser realizado pelo cirurgião-dentista, mas identificar sinais compatíveis com enfermidades bucais (cárie, doença periodontal e outros) (CORREA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2012). Tal abordagem parece ser especialmente relevante na PSR.

Validado no Brasil por Saintrain e Vieira (2012), esse indicador apresenta vantagens, como categorizar sinais de lesões em saúde bucal de forma clara e direta, possibilitar planejamento da assistência de forma prioritária. Podendo ser aplicado por diferentes profissionais, devidamente capacitados, uma vez que cárie dentária, doença periodontal e agravos aos tecidos moles são condições facilmente identificadas pelos itens do instrumento, esse indicador é uma estratégia pouco onerosa, que utiliza mão de obra de níveis técnicos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Acresce-se a maior disponibilidade do cirurgião-dentista, ao trabalhar com grupos populacionais para escuta da queixa, atuando de forma humanizada,

baseando-se no respeito à identidade do usuário e no contexto familiar e laboral, como preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal. A ferramenta torna mais ágil o planejamento das equipes que trabalham em saúde bucal com uma população adstrita. O conhecimento em relação aos usuários por parte dos profissionais possibilita não só investigar os resultados da execução sobre o sistema de saúde proposto e o impacto provocado sobre a qualidade da vida da população, mas também construir práticas inovadoras em saúde (SAINTRAIN; VIEIRA, 2012).

A aplicação prática desse instrumento junto aos ACS foi realizada no Ceará e representou uma proposta de tecnologia de apoio ao cirurgião-dentista, uma vez que, após treinamento adequado, os ACS ficaram aptos a fazer o levantamento dos problemas odontológicos nos moradores de seus respectivos territórios (CORREA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Associar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida com os determinantes sociodemográficos, a autopercepção e condições de saúde bucal e de acesso ao tratamento odontológico, em adultos em situação de rua em Juiz de Fora (MG).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar as condições sociodemográficas e as condições subjetivas relacionadas à saúde que influenciam na autopercepção de moradores de rua sobre o impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida.

Avaliar a necessidade de tratamento em saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, na PSR.

Avaliar o acesso ao serviço e a insumos preventivos (creme dental, escovas).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo analítico transversal.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada por censo, no período de setembro a dezembro de 2019, com indivíduos adultos (18 a 65 anos) em situação de rua, no município de Juiz de Fora (MG).

Foram excluídas as pessoas que, segundo os profissionais que as acompanham, estavam sem condições cognitivas e psíquicas para responderem aos questionários propostos.

Os locais onde foram coletados os dados para o estudo foram as instituições públicas, a eles destinadas, como a Casa da Cidadania, o Centro Pop (Centro de Referência Especializado para a PSR), e as Casas de Passagem para Homens e Mulheres.

Tomou-se como referência prévia o levantamento e diagnóstico da população de rua, realizado no município, desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) e publicado na forma de um relatório, em 2016.

A Casa da Cidadania, contou com uma equipe composta por 5 profissionais de diferentes formações ( 2 técnicos de enfermagem; 1 psicólogo; 2 assistentes sociais ) que contribuem para o desenvolvimento de ações de limpeza, manutenção e cuidado, em especial. De acordo com dados do serviço, a unidade aloja 50 pessoas em acompanhamento (JUIZ DE FORA, 2016).

O Centro Pop, contou com equipe composta por dois psicólogos e dois assistentes sociais. Recebeu o usuário através de demanda espontânea ou de encaminhamento pela abordagem social. Seu objetivo foi mobilizar a PSR a participar de fóruns que lutam pelos seus direitos e pela oferta de serviços como alimentação, higiene pessoal, atendimento técnico e atividades socioeducativas (JUIZ DE FORA, 2016).

A Casa de Passagem para Homens e a Casa de Passagem para Mulheres tinha capacidade para abrigar 100 e 50 pessoas em situação de rua,

respectivamente. Uma assistente social e um psicólogo ofereceram apoio às duas instituições de assistência às pessoas em situação de rua (JUIZ DE FORA, 2016).

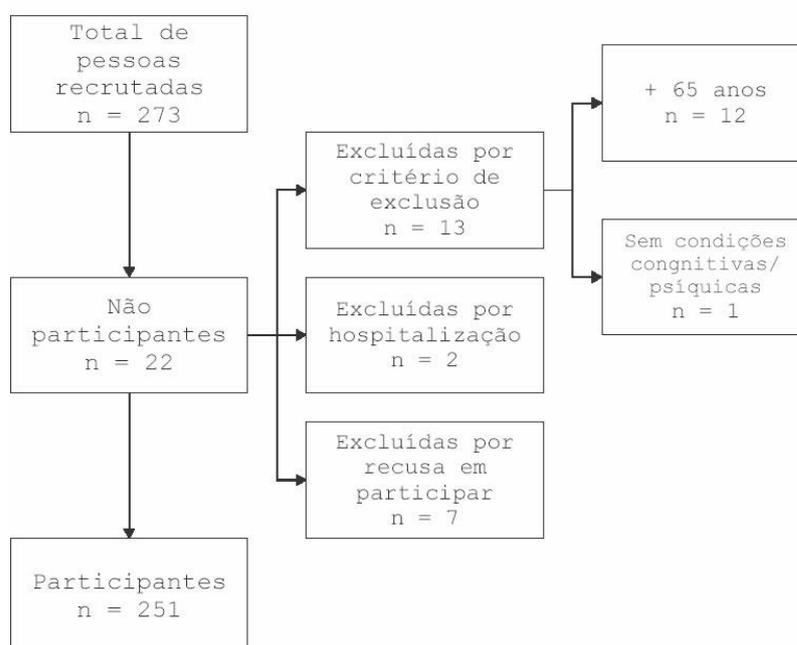
Tais instituições foram assistidas pela equipe do consultório na rua, com assistente social, enfermeiros, psicólogo (JUIZ DE FORA, 2016), no entanto, a saúde bucal não atuou nessa equipe (JUIZ DE FORA, 2014).

Todos os responsáveis por essas instituições assinaram Declaração de Infraestrutura para desenvolvimento desta pesquisa (APÊNDICE B).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 251 pessoas em situação de rua, alojadas nas instituições sociais citadas, no município de Juiz de Fora (MG).

Figura 1 – Recrutamento dos participantes para o estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

Todos os assistidos pelas quatro instituições que estiveram presentes no período estabelecido para coleta de dados foram convidados a participar do estudo.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Os dados foram coletados pela autora do estudo, em forma de entrevista, a fim de, se esclarecer o conteúdo das perguntas, em caso de dúvidas, visto o baixo nível de escolaridade dos participantes.

Através de um questionário estruturado, foram registradas as variáveis sociodemográficas, idade (anos completos), data de nascimento, sexo, orientação sexual, cor da pele autorreferida (branco, preto, amarelo, indígena – de acordo com a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), condições trabalhistas (segundo a classificação proposta por Borin (2004), escolaridade (anos completos), tempo de permanência na rua, filhos e cidade natal (APÊNDICE C).

A Autopercepção em Saúde Bucal (ANEXO A) foi determinada pela forma como a PSR se sente em relação aos dentes e boca, com cinco opções de respostas no formato de escala de Likert (VALE; MENDES; MOREIRA, 2013).

De acordo com o protocolo aplicado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (ANEXO B), realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), o acesso aos serviços odontológicos, analisou a consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida, a frequência da consulta, o tipo de serviço utilizado e o motivo da última consulta.

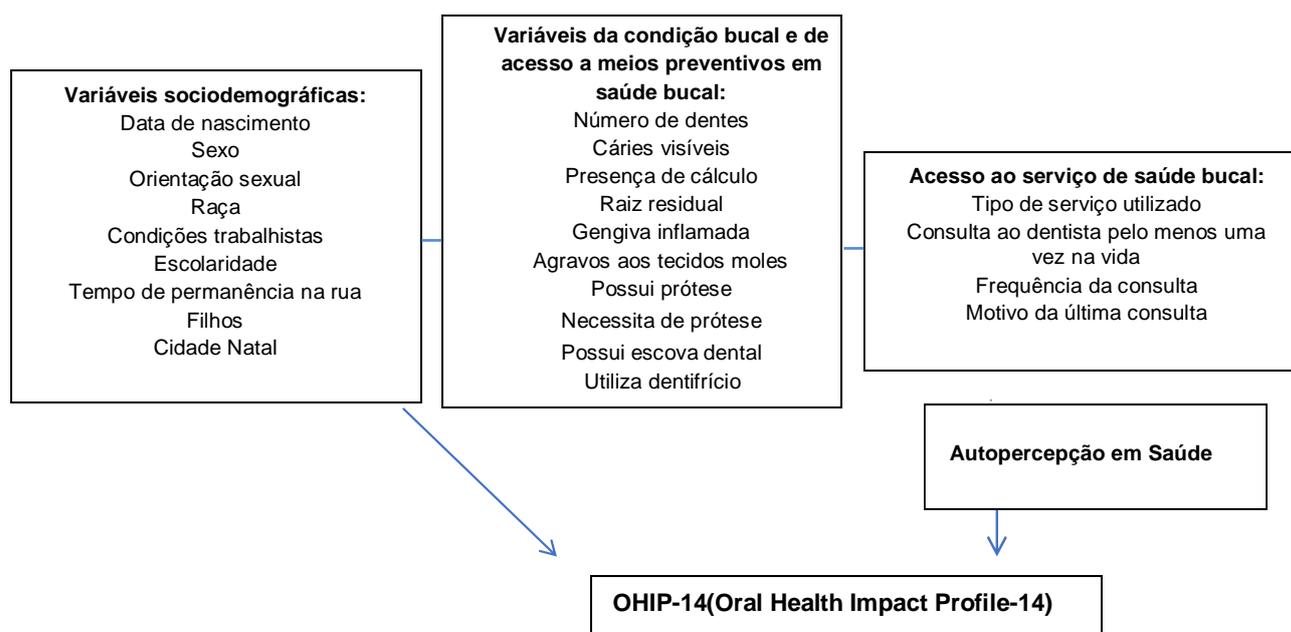
A variável dependente utilizada foi o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) (ANEXO C). O OHIP-14 consiste em uma versão simplificada do OHIP- 49, muito empregada em função da facilidade de uso. Esse indicador considerou as questões sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados. Originalmente, apresentou sete dimensões, contendo 49 itens em um questionário com cinco opções que variam de “nunca” a “frequentemente”. O indicador foi adaptado ao contexto brasileiro e ao português por Oliveira e Nadanovsky (2005), contendo 14 itens, entre os quais duas perguntas referentes a cada um dos setes domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

Tal instrumento foi considerado uma ferramenta para avaliação psicossocial dos participantes em relação à saúde bucal. Sua pontuação foi calculada pelo método aditivo, que consistiu na soma simples dos valores atribuídos às respostas dadas às questões que compõem o instrumento (4 – sempre; 3 – repetidamente; 2 – às vezes; 1 – raramente; 0 – nunca), com pontuações variadas entre 0 e 56,

diretamente proporcionais aos fatores analisados. Ou seja, valores elevados de indicadores relacionaram-se a fatores como maior disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição de saúde bucal. Foram considerados como “com impacto” as respostas 4 e 3, e “sem impacto”, 2, 1 e 0 (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005),

A condição clínica bucal e o acesso a meios preventivos, como dentifrícios, escovas foram observados pelo ICSB (Indicador Comunitário em Saúde Bucal) (ANEXO D), que foi capaz de avaliar: Número de dentes; lesão de cárie; presença de cálculo; raiz residual; gengiva inflamada; agravos aos tecidos moles; uso e necessidade de prótese, posse de escova de dente e a utilização de dentifrício.

Figura 2 – Modelo Teórico com variáveis do estudo



Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A descrição dos dados usou medidas de frequência e de tendência central. Os domínios do OHIP-14 foram analisados quanto a sua normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo constatada sua distribuição não paramétrica. A fim de associar o desfecho impacto das condições sociodemográficas e de saúde bucal (autopercepção, ICSB e acesso ao serviço) na qualidade de vida relacionada à saúde bucal da PSR foram comparadas sua mediana e distância interquartil pelos

testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A regressão linear múltipla reuniu as variáveis significativas ( $p < 0,05$ ) da análise bivariada por domínio do OHIP-14.

O banco de dados foi criado no software Excel. As análises foram conduzidas no SPSS 14.0. O nível de significância estatística considerado no estudo foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo utilizou como base ética a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que abrange os aspectos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos. A coleta dos dados foi realizada somente após aprovação pelo Comitê de Ética (ANEXO E) e após a assinatura do TCLE.

Todos os objetivos e métodos do estudo foram explicados antecipadamente aos participantes voluntários resguardando a privacidade dos mesmos com o uso sigiloso dos dados coletados. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Parecer nº 3.416.530.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referentes à dissertação encontram-se no artigo científico<sup>1</sup> a seguir:

- “Impacto da saúde bucal na qualidade de vida da população em situação de rua: estudo transversal”, o qual será submetido para publicação pela revista *Special care in dentistry* (ANEXO F).

---

<sup>1</sup> O artigo se apresenta de acordo com as normas para publicação da revista a que foi submetido.

**Impacto da saúde bucal na qualidade de vida da população em  
situação de rua: estudo transversal**

**Resumo**

Objetivo: Associar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida com determinantes sociodemográficos, a autopercepção e condições de saúde bucal e de acesso ao tratamento odontológico, em adultos em situação de rua em Juiz de Fora-Minas Gerais. Métodos e resultados: Estudo transversal realizado em quatro instituições públicas que abrigam moradores de rua de forma permanente e/ou transitória em uma cidade brasileira de médio porte. Foram coletados dados sociodemográficos, sobre o uso de serviços odontológicos e acesso a insumos de higiene para saúde bucal. Aspectos clínicos foram coletados por observação clínica, utilizando o Indicador Comunitário em Saúde Bucal. Pela forma como se sentem em relação aos seus dentes e boca, identificou-se a autopercepção de saúde bucal. O impacto da saúde bucal nas atividades cotidianas, foi registrado através do Oral Health Impact Profile-14. A análise de regressão revelou a mulher com piores escores para os domínios incapacidade física e social. Condições de saúde bucal associaram-se à limitação e incapacidade física e psicológica. Associou a presença de mais dentes ao impacto negativo nos domínios funcional e físico e a presença de gengiva inflamada,

ausência de necessidade de prótese e o uso de serviço privado à maior incapacidade psicológica. Conclusão: A qualidade de vida relacionada à saúde bucal na população em situação de rua é impactada, em especial nos aspectos físicos e psicológicos. Ações em saúde equitativas e inclusivas singulares para essa população devem contemplar a saúde bucal.

**Palavras-chave:** População em situação de rua; Qualidade de vida em saúde bucal; Saúde bucal.

### **Introdução**

Estima-se que o número de pessoas em situação de rua, no Brasil, seja de, no mínimo, 101.854 pessoas.<sup>1</sup> Composta por um grupo populacional heterogêneo, compartilham características peculiares como a pobreza extrema, a interrupção dos vínculos familiares e a inexistência de moradia convencional regular. A população em situação de rua (PSR) utiliza como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, as unidades de acolhimento para pernoite, os logradouros públicos e as áreas degradadas.<sup>2-4</sup>

O conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é multidimensional, pois considera as singularidades e os diferentes cenários que integram o viver saudável dos indivíduos em seu contexto real e concreto. Embasada nessa concepção ampla de saúde, com elementos individuais e coletivos, se revelam as necessidades em saúde não atendidas

pela PSR, pois requerem intervenções não só de caráter biológico, mas também, psicossociais.<sup>5-10</sup>

O saber em saúde para a PSR assume várias facetas, de acordo com a inserção do indivíduo no contexto social da rua, principalmente, em relação ao seu tempo de permanência, às privações, aos preconceitos, às condições de precariedade com poucas oportunidades de acesso aos mecanismos de proteção social, e a perda do autocuidado.<sup>11</sup>

A PSR concebe a doença de forma diferente, não reconhecendo o corpo doente, até que o mesmo fique impossibilitado de locomover-se para ir em busca de trabalho e sustento. Estudos corroboram essa percepção em saúde da PSR, onde os cuidados com a saúde estão alinhados ao contexto no qual estão inseridos,<sup>6,12,13</sup> e com o acesso aos serviços de saúde realizado em caráter emergencial.<sup>8</sup>

A precária condição de vida faz com que a PSR apresente hábitos de saúde bucal insatisfatórios, prevalecendo lesões bucais que acarretam impactos psicológicos e sociais na vida dessas pessoas. Esse sujeitos percebem a necessidade de tratamento, e relacionam a saúde bucal com higiene, autocuidado e com o convívio em sociedade.<sup>13-18</sup>

A literatura internacional apresenta um número reduzido de estudos que retratam a saúde bucal da população em situação de rua. Os poucos estudos nacionais existentes destacaram a alta prevalência de morbidade autorreferida e seu impacto negativo.<sup>12,19</sup>

É essencial ressaltar que o cuidado em saúde apresenta agravantes em relação ao acesso, como o preconceito, experiências e traumas vividos anteriormente com a equipe odontológica, que comprometem a integralidade da assistência. Em saúde bucal, há dissonância entre a necessidade de tratamento expressa pelo cirurgião-dentista e a referida pelo paciente, o que exige atenção baseada na escuta do outro, na inclusão do indivíduo no seu processo saúde adoecimento, uma vez que, existe subjetividade em relação as suas necessidades.<sup>6,15,20-23</sup>

A saúde bucal passou a ser assegurada para toda população brasileira com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, através do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é oferecer cobertura universal, integral e equânime.<sup>14</sup> No entanto, barreiras organizacionais, no sistema de saúde brasileiro, reproduzem a falta de garantias sociais para essa parcela da população.<sup>12</sup>

O Manual Sobre Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua é um mecanismo político criado para implementar ações e orientar os profissionais em saúde para ampliar o acesso da PSR. Nele, o Ministério da Saúde brasileiro enfatiza que entre as prioridades em saúde desta população está a saúde bucal.<sup>14</sup> O objetivo deste estudo foi associar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida com características sociodemográficas, autopercepção e condições de saúde bucal e de acesso a tratamento odontológico na PSR, em Juiz de Fora- MG.

## **Metodologia e resultados**

Estudo transversal realizado em quatro instituições públicas municipais que abrigam, temporariamente, moradores de rua no município de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, cidade localizada na região de maior desenvolvimento econômico do Brasil, a sudeste. A população estimada da cidade para o ano de 2019 é de 568.873 habitantes.

No ano de 2010, a cidade registrou um IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,778, sendo a longevidade (0,844) a dimensão que mais contribuiu para esse índice. A cobertura populacional pelas equipes da Atenção Básica (AB) foi de 70% e das equipes de Saúde Bucal (SB) foi de 23,15 em 2015.<sup>24</sup> O levantamento realizado, em 2010, pela Secretaria de Assistência Social local (SAS) registrou 708 pessoas em situação de rua.<sup>25</sup>

O presente estudo foi por censo, ao longo do período de setembro a dezembro de 2019. Os critérios de inclusão contemplaram adultos com idade entre 18-65 anos, em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG), assistidos nos serviços públicos destinados a essa população que manifestaram interesse em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pessoas descritas pelos profissionais de saúde e do serviço social dessas instituições como sem condições cognitivas e psíquicas para responderem aos questionários propostos, foram excluídas.

A figura 1 apresenta o recrutamento dos participantes para o estudo.

Os dados foram coletados pela autora do estudo, em forma de entrevista, a fim de, se esclarecer o conteúdo das perguntas, em caso de dúvidas, visto o baixo nível de escolaridade dos participantes.

Por meio de um questionário estruturado foram registradas as variáveis sociodemográficas, idade (anos completos), data de nascimento, sexo, orientação sexual, cor da pele autorreferida (branco, preto, amarelo, indígena - de acordo com a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), condições trabalhistas (segundo a classificação proposta por Borin (2004)<sup>26</sup>, escolaridade (anos completos), tempo de permanência na rua, filhos e cidade natal. A autopercepção em saúde bucal foi determinada pela forma como a PSR se sente em relação aos dentes e boca, com cinco opções de respostas no formato de escala de Likert.<sup>27</sup>

De acordo com o protocolo aplicado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada pelo Ministério da Saúde, o acesso aos serviços odontológicos, analisou a consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida, frequência da consulta, tipo de serviço utilizado, e o motivo da última consulta.<sup>28</sup>

A variável dependente do estudo, Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), mediu o impacto da condição bucal na qualidade de vida, sendo esse instrumento validado para o contexto brasileiro.<sup>29</sup>

Aspectos clínicos relacionados à necessidade de prótese, presença e número de dentes, agravos bucais como lesões em tecidos moles e de cáries visíveis, cálculo, inflamação gengival, restos radiculares e acesso a insumos de higiene para saúde bucal foram registradas com base no Indicador Comunitário de Saúde Bucal (ICSB) validado no Brasil.<sup>30</sup>

A figura 2 apresenta um modelo teórico com as variáveis do estudo. A descrição dos dados usou medidas de frequência e de tendência central. Os domínios do OHIP-14 foram analisados quanto a sua normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo constatada sua distribuição não paramétrica. A fim de associar as condições sociodemográficas e de saúde bucal (autopercepção, ICSB e acesso ao serviço) com o impacto da saúde bucal com a qualidade de vida de PSR foram comparadas suas medianas e distância interquartil pelos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A regressão linear múltipla reuniu as variáveis significativas ( $p < 0,05$ ) da análise bivariada por domínio do OHIP-14.

O banco de dados foi criado no software Excel. As análises foram conduzidas no SPSS 14.0. O nível de significância estatística considerado no estudo foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local, de acordo com o protocolo n.3416530.

Os participantes elegíveis do estudo alojados nas instituições para abrigo das pessoas em situação de rua em Juiz de Fora foram 30 pessoas na Casa de Passagem para Mulheres; 102 na Casa

de Passagem para Homens; 93 no Centro Pop e 26 na Casa de Cidadania, totalizando 251 participantes.

A tabela 1 mostra que das 251 pessoas em situação de rua avaliadas, a maioria pertence ao sexo masculino (80,1%), com idade média 43,7 anos ( $\pm 12$  anos), (51%), raça parda (43%), 93,6% com orientação heterossexual. Quanto ao trabalho (58,6%) estão desempregados e 76,5% da amostra afirmava morar nas ruas de forma permanente. O tempo médio de permanência na rua e de visita ao dentista coincidiram, sendo de 6 anos ( $\pm 9$  anos e  $\pm 8,2$  anos, respectivamente).

A tabela 2 traz características da saúde bucal do grupo. Quanto à autopercepção da saúde bucal, 88,4% estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. 36,7% dos avaliados apresentavam 27 a 32 dentes. Quanto a presença de lesões visíveis de cárie, 43,4 % apresentava mais de três lesões. Em relação á predisposição para lesões periodontais, 65,7% apresentaram cálculo, e 70,5% inflamação na gengiva (inclusos os desdentados). 62,1% necessitam de reabilitação protética. Mais da metade do grupo tem acesso a insumos preventivos, escova e pasta, respectivamente, 65,3 e 64,5% dos entrevistados. O acesso ao dentista é feito predominantemente através do serviço público. As a dimensões mais afetadas do OHIP-14 foram o desconforto psicológico (90,6) e a desvantagem social (74,5), conforme descrito no gráfico 1 (figura 3).

Na análise bivariada, algumas variáveis sociodemográficas estiveram associadas a maior impacto nos domínios do OHIP-14.

Indivíduos mais velhos tiveram mais impacto nos domínios limitação funcional e incapacidade física. As mulheres apresentaram mais impacto na incapacidade física e social. No domínio dor física, os aposentados e com alguma forma de vínculo formal de emprego tiveram impacto positivo, bem como o menor tempo de permanência na rua na incapacidade física.

Esses dados podem ser vistos na tabela 3.

Com relação a variáveis relativas à saúde bucal (tabela 4), ter mais dentes e conseqüentemente não necessitar de prótese esteve associado a impacto negativo do domínio limitação funcional e incapacidade física. A incapacidade física também foi influenciada por mais lesões de cárie e presença de cálculo. Ter pior autopercepção de saúde bucal e não possuir escova influenciaram a incapacidade social.

A análise de regressão (tabela 5) manteve no modelo final de pior impacto para a incapacidade física e desvantagem social, ser do sexo feminino, e para esse último domínio também a pior autopercepção de saúde bucal. A presença de mais dentes foi associada aos domínios limitação e incapacidade físicas e a presença de gengiva inflamada e ausência de necessidade de prótese à pior percepção do domínio incapacidade psicológica. O uso de serviço privado teve associação com impacto negativo do domínio desconforto psicológico, bem como pertencer ao sexo feminino.

## **Discussão**

Aqui serão discutidos esses resultados em diálogo com a literatura sobre o tema. Serão enfatizados o cuidado em saúde bucal, o acesso em saúde bucal e a relevância de fatores psíquicos, saúde bucal no serviço público, perfil em saúde bucal e seus impactos na população em situação de rua. Acresce a isso, a pontuação da limitação do estudo.

Neste estudo, prevaleceram adultos jovens, indo ao encontro com aos dados do censo nacional realizado, pelo Ministério da Saúde<sup>31</sup> e com pesquisas prévias em Goiás<sup>12</sup> e na Austrália<sup>20</sup>, que avaliaram a saúde bucal dos sem-teto.

No que tange aos cuidados em relação à saúde bucal na população em questão, a literatura destaca a mulher, que apesar da condição de estarem na rua, não diminui a valorização da estética, em oposição àquela, que devido às adversidades do meio, se descuidam da saúde do corpo e da mente.<sup>13</sup>

Dito isso, a PSR parece ciente do impacto de sua situação de saúde bucal, mediante ao autorrelato de suas condições bucais, e o impacto disso no dia a dia, o que determina essas distintas forma de se perceber o processo saúde-adoecimento.

Situação consolidada ao se ter o sexo feminino influenciando no impacto dos domínios incapacidade física e social. No entanto, essa mulher em situação de rua potencializa discussões sobre o conceito de saúde bucal relacionada ao gênero nas ruas, mostrando uma mulher que busca manter seus dentes, cuidam da aparência, resgatando sua autoestima.<sup>13</sup> Outra realidade revelada pelo grupo é que ele encontra dificuldades em manter o

autocuidado, apesar do descrito sobre acesso a escovas e insumos de higiene oral, o grupo não tem motivação para exercer o autocuidado, apontando para a necessidade de uma escovação assistida por um dentista.<sup>13</sup> Pesquisa anterior que buscou descrever as condições e representações da saúde bucal entre moradores de rua, apontou ainda, limitações à assistência em saúde bucal, como a própria dinâmica de vida destas pessoas, com relações sociais fragmentadas, sendo o acesso a atenção em saúde, em sua maioria, realizada por intermédio de aparatos sociais.<sup>8</sup>

Nesse contexto, o grupo almeja uma atenção resolutiva para suas necessidades imediatas, sem barreiras burocráticas, expressando o desejo de uma assistência à saúde que considere suas singularidades.<sup>32</sup>

Em relação aspectos relativos à saúde bucal no serviço público, esse estudo ao revelar que a população em situação de rua usa mais os serviços odontológicos no SUS, em relação ao privado e filantrópico, constata a importância dos serviços públicos de saúde bucal para esse grupo vulnerável.<sup>17</sup>

Sendo assim, a atenção em saúde bucal deve considerar os determinantes em saúde, de forma a orientar, o serviço público, para aqueles que mais necessitam. E, dessa forma, influenciar, positivamente, em aspectos psicológicos da PSR.<sup>33</sup> Através de estratégias políticas como a criação de consultórios na rua (CR), o Ministério da Saúde visa propor ações construídas a partir das particularidades de cada sujeito, e com isso captar

necessidades de saúde da população interligadas em uma rede de assistência.<sup>33</sup>

Isso, contudo, constitui um desafio para o campo da saúde coletiva que, ao considerar a pessoa em situação de rua como sujeito, trazendo-o para o centro do cuidado, dando oportunidades para ser ouvido, e não como agente passivo, aponta para a construção das práticas de saúde voltadas para amenizar as necessidades de grupos vulneráveis socialmente.<sup>6</sup> O resultado obtido com o estudo em relação ao perfil bucal da PSR, revelando condições bucais não tratadas, é condizente com o tempo de permanência na rua. Nessa situação, as questões de sobrevivência têm maior prioridade, em relação à saúde bucal.<sup>13,20</sup> Essa situação é corroborada com o tempo da última consulta odontológica.

Ademais, o fato de, entre os entrevistados, prevalecerem os dentados, foi expressivo, e, diferenciou a atual pesquisa do estudo realizado por Figueiredo, Hwang, Quinonez<sup>34</sup>, no Canadá, e por Lawder et al., 2019<sup>12</sup>, em Goiás, nos quais a perda dental e a ausência da reabilitação protética comprometeram a aparência e a qualidade de vida em relação à saúde bucal. Em consonância com as pesquisas realizadas por Ford; Cramb; Farah (2014)<sup>20</sup> com a PSR da Austrália, e por Luo e McGrath (2008)<sup>35</sup>, em Hong Kong, este atual estudo obteve resultados semelhantes, onde os dentados foram mais prevalentes e tiveram maiores impactos de lesões bucais no dia a dia, com alta predisposição para doença periodontal.

Contudo, esses resultados sobre a condição dental, alcançados nesse estudo, sugerem que apesar da presença do elemento dental, ele se mostra pouco funcional, com sintomatologia, repercutindo negativamente na mastigação, e conseqüentemente, no bem-estar do indivíduo.

Sob a perspectiva, de se avaliar o impacto desse perfil bucal em relação à qualidade de vida, os domínios do OHIP-14 com maior impacto negativo na população em situação de rua estudada foram domínio desconforto psicológico, seguido da desvantagem social e da incapacidade psicológica.<sup>20,21,36,37</sup>

Em adição, reflexos no campo psicológico predominam nas mulheres, que, segundo Silveira e Stanke<sup>13</sup>, em estudo anterior, descrevem inibição feminina quanto ao seu estado bucal precário e anseiam que o dentista seja atencioso e que não a deixe pior do ela já está. Foi notável a ansiedade em se ter um dente extraído, sem haver necessidade, prejudicando ainda mais sua aparência. Essa exposição nos remete ao modelo de assistência, para esse público, voltada ainda, para um modelo mutilador.<sup>13</sup> Esse mesmo estudo revelou que o desconforto psicológico está presente, não somente na figura do profissional, mas também, no medo da broca ou motor.

Em consonância, dados da literatura destacam que a aplicação de instrumentos que medem as necessidades normativas, juntamente com ferramentas que consideram a subjetividade, têm sido muito eficazes para avaliar esses impactos da saúde bucal na qualidade de vida e para a implantação de políticas públicas.

Uma limitação do atual estudo refere-se ao fato do mesmo ter sido realizado somente com pessoas assistidas por instituições de abrigo.

### **Conclusão**

Os resultados deste estudo mostraram que pessoas socialmente vulneráveis em situação de rua têm muitos problemas bucais que impactam na qualidade de vida relacionada á saúde bucal, especialmente nas dimensões desvantagem social, desconforto psicológico e incapacidade psicológica. Aspectos clínicos que remetem a pouca funcionalidade associaram-se a repercussões nos domínios físico e psicológico.

Assim, incorporar a dimensão social na prática da saúde bucal, revelou que a assistência da população em situação de rua deve ser pautada nos determinantes sociais e nas necessidades individuais.

### **Referências**

1. Natalino MAC. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília: IPEA; 2016 [Cited 2019 Dec 15]. Available from:[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td\\_2246.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf).
2. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde E Soc.* 2015;24(supl

- 1):219-232. doi:10.1590/s0104-12902015s01019.
3. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(2):136-144. doi:10.1111/j.1600-0528.2009.00516.x.
  4. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(8):2595-2606. doi:10.1590/1413-81232015218.06892015.
  5. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):442-449. doi:10.1590/S0080-623420160000400010.
  6. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):211-220. doi:10.1590/0034-7167-2017-0653.
  7. Padgett DK, Tiderington E, Tran Smith B, Derejko K-S, Henwood BF. Complex recovery: Understanding the lives of formerly homeless adults with complex needs. *J Soc Distress Homeless.* 2016;25(2):60-70. doi:10.1080/10530789.2016.1173817.
  8. SHOPENHAUER, A. Aforismos para a sabedoria de vida: 11/2014. ed. São Paulo: L&PM Pocket, 2017.
  9. Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABVL. Saúde bucal e

consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cad Saúde Coletiva*. 2018;26(3):285-291.

doi:10.1590/1414-462x201800030130.

10. Kertesz S, Steward J, Holt C, Pollio D, Austin E, Johnson N, Gordon A. Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. *Patient Preference Adherence*. 2016:153. doi:10.2147/PPA.S75477.
11. White BM, Newman SD. Access to primary care services among the homeless: A synthesis of the literature using the equity of access to medical care framework. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(2):77-87.  
doi:10.1177/2150131914556122.
12. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):684-692. doi:10.1590/0034-7167-2017-0547.
13. Lawder JADC, Matos MA, Souza JBD, Freire MCM. Impact of oral condition on the quality of life of homeless people. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:22. doi:10.11606/S1518-8787.2019053000718.
14. Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau - Santa Catarina. *Ciênc Cognição*. 2008 [Cited 2019 Dec 15];13(1):2-11. Available from:  
<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/688>.

15. Ministério da Saúde (BRA). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012.
16. Csikar J. Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. *Community Dent Health*. 2019;(36):137-142. doi:10.1922/CDH\_4488Csikar06.
17. Farias DCS, Rodrigues ILA, Marinho ÍC, Nogueira LMV. Homens vivendo em situação de rua e a atenção primária em saúde. *Saúde St Maria*. 2017;43(3). doi:10.5902/2236583419630.
18. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1497-1504. doi:10.1590/0102-311X00143114.
19. Silva ICN, Santos MVS, Campos LCM, Silva D de O, Porcino CA, Oliveira JF de. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03314. doi:10.1590/s1980-220x2017023703314.
20. Segatto TD, Araújo LB, Rodrigues RPCB. Percepção de ex-moradores de rua sobre sua qualidade de vida. *Rev Faculdade Odontol Lins*. 2016;26(2):25-34. doi:10.15600/2238-1236/fo1.v26n2p25-34.
21. Ford P, Cramb S, Farah C. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J*. 2014;59(2):234-239. doi:10.1111/adj.12167.
22. Goode J, Hoang H, Crocombe L. Homeless adults' access to dental services and strategies to improve their oral health: a systematic literature review. *Aust J Prim Health*. 2018;24(4):287. doi:10.1071/PY17178.

23. Petersen PE. Strengthening of oral health systems: oral health through primary health care. *Med Princ Pract*. 2014;23(1):3-9. doi:10.1159/000356937.
24. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde Em Debate*. 2015;39(105):363-374. doi:10.1590/0103-110420151050002005.
25. Prefeitura de Juiz de Fora. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Juiz de Fora: PJF; 2014.
26. Valente E. 708 pessoas vivem nas ruas da cidade. *Tribuna de Minas* [internet]. July 6, 2011 [Cited 2019 Dec 15]. Available from:  
<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/06-07-2011/708-pessoas-vivem-nas-ruas-da-cidade.html>
27. Borin M. Os moradores de rua em São Paulo e suas relações com o mundo do trabalho [internet]. *Cad Metr6pole*. 2004 [Cited 2019 Dec 15];(12):49-64. Available from:  
<https://revistas.pucsp.br/metropole/article/view/8809>.
28. Vale, E. B.; Mendes, A. C. G.; Moreira, R. S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 47, supl. 3, p. 98-108, Dec. 2013.
29. BRASIL, Ministério da Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a).
30. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the

- Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307-314. doi:10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x.
31. Saintrain MVL, Vieira APGF. Application of the community oral health indicator by non-dental personnel and its contribution to oral healthcare. *PLoS ONE.* 2012;7(7):e39733. doi:10.1371/journal.pone.0039733.
32. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRA). *Rua: Aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua.* Brasília: MDS; 2009.
33. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 6):2689-2697. doi:10.1590/0034-7167-2017-0612.
34. Medeiros MAD, Paixão MC, Miranda LN. Atenção multidisciplinar através do consultório na rua [internet]. *Ciênc Biológicas E Saúde Unit.* 2017 [Cited 2019 Dec 19];4(2):283-296. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/articloe/viewFile/4558/2622>.
35. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada: Dental health of Toronto homeless adults. *J Public Health Dent.* 2013;73(1):74-78. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00355.x.
36. Luo Y, McGrath C. Oral health and its impact on the life

- quality of homeless people in Hong Kong. *Community Dent Health*. 2008;25(3):137-142.
37. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Em Debate*. 2015;39(spe):246-256. doi:10.5935/0103-1104.2015S005270.
38. Campbell DJT, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):139. doi:10.1186/s12875-015-0361-3.
39. Nóbrega DF, Souza JGS, Assis ACBM, Martins AMEBL, Bulgareli JV. Associação das condições normativas e subjetivas de saúde bucal com a insatisfação com os serviços odontológicos entre adultos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3881-3890. doi:10.1590/1413-812320182311.28892016.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, população em situação de rua, Juiz de Fora, Brasil, 2019

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Sexo</i>		
Masculino	201	80,1
Feminino	50	19,9
<i>Idade</i>		
≤ 43 anos	128	51,0
> 43 anos	123	49,0
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	235	93,6
Homossexual	7	2,8
Bissexual	8	3,2
Assexuado	1	0,4
<i>Raça</i>		
Branco	49	19,5
Preto	93	37,1
Pardo	108	43,0
Indígena	1	0,4
<i>Trabalho</i>		
Desempregado	147	58,6
Aposentado	18	7,2
Vínculo sem direitos celetistas	78	31,1
Vínculo com direitos celetistas	8	3,2
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto (sem escolaridade)	26	10,4
Ensino fundamental incompleto (até 4 anos)	141	56,2
Ensino fundamental completo (até 8 anos)	25	10,0
Ensino médio incompleto (até 10 anos)	31	12,4
Ensino médio completo (até 13 anos)	21	8,4

---

Ensino superior incompleto	4	1,6
Ensino superior completo	3	1,2
<i>Permanência na rua</i>		
Ocasionalmente	59	23,5
Permanentemente	192	76,5
<i>Filhos</i>		
Sim	159	63,3
Não	92	36,7
<i>Cidade natal</i>		
Juiz de Fora	128	51,0
Outra cidade em Minas Gerais	65	25,9
Outra Unidade da Federação	57	22,7
Outro país	1	0,4

---

**Tabela 2.** Características relativas à saúde bucal, população em situação de rua, Juiz de Fora, Brasil, 2019

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Autopercepção em Saúde Bucal</i>		
Muito satisfeito	2	0,8
Satisfeito	14	5,6
Nem satisfeito nem insatisfeito	13	5,2
Insatisfeito	169	67,3
Muito insatisfeito	53	21,1
<i>Número de dentes</i>		
0	32	12,7
1-9	26	10,4
10-19	56	22,3
20-26	45	17,9
27-32	92	36,7
<i>Lesão cariosa*</i>		
Ausente	51	23,3
1-2	73	33,3
≥ 3	95	43,4
<i>Cálculo</i>		
Sim	165	65,7
Não	86	34,3
<i>Raiz residual</i>		
Sim	135	53,8
Não	116	46,2
<i>Gengiva inflamada</i>		
Sim	177	70,5
Não	74	29,5
<i>Agravos aos tecidos moles</i>		
Sim	15	6,0

\* excluídos desdentados

Não	236	94,0
<i>Possui prótese</i>		
Não	223	88,8
Prótese total	16	6,4
Prótese parcial	12	4,8
<i>Necessidade de prótese</i>		
Não	74	29,5
Prótese total	42	16,7
Prótese parcial	114	45,4
<i>Possui escova de dente</i>		
Sim	164	65,3
Não	87	34,7
<i>Utiliza dentifrício</i>		
Sim	162	64,5
Não	89	35,5
<i>Consulta ao cirurgião-dentista pelo menos uma vez na vida</i>		
Sim	246	98,0
Não	5	2,0
<i>Motivo da última consulta<sup>†</sup></i>		
Emergência	110	44,7
Outros	136	55,3
<i>Tipo de serviço utilizado<sup>†</sup></i>		
Público	168	68,3
Privado	41	16,7
Filantrópico	37	15,0

<sup>†</sup> 5 entrevistados nunca foram ao cirurgião-dentista

**Tabela 3.** Comparação das médias ( $\pm$  DP) e p-valor de variáveis sociodemográficas e domínios do OHIP, população em situação de rua, Juiz de Fora, Brasil, 2019

Variável	Médias por domínio do Oral Health Impact Profile (DP)						
	limitação funcional	dor física	desconforto psicológico	incapacidade física	incapacidade psicológica	incapacidade social	desvantagem social
<i>Sexo</i>							
Masculino	1,41 (1,90)	3,01 (2,14)	5,72 (2,06)	3,08 (2,29)	3,77 (2,65)	2,38 (2,10)	4,38 (1,83)
Feminino	1,80 (2,42)	3,35 (2,36)	6,67 (1,52)	3,98 (2,71)	4,37 (2,60)	3,43 (2,28)	4,29 (2,00)
p-valor*	0,434	0,987	0,339	0,005	0,582	0,001	0,415
<i>Idade</i>							
≤43 anos	1,06 (1,62)	3,13 (2,181)	6,13 (1,730)	3,11 (2,337)	4,00 (2,47)	2,83 (2,15)	4,33 (1,89)
>43 anos	1,93 (2,28)	3,02 (2,192)	5,68 (2,234)	3,41 (2,468)	3,78 (2,82)	2,33 (2,17)	4,38 (1,84)
p-valor*	0,002	0,772	0,069	0,006	0,805	0,253	0,066
<i>Raça</i>							
Brancos	1,71 (2,26)	2,83 (2,391)	5,79 (2,27)	3,04 (2,729)	3,42 (2,80)	2,33 (2,20)	4,23 (1,82)
Não brancos	1,43 (1,95)	3,14 (2,132)	5,94 (1,93)	3,31 (2,320)	4,01 (2,60)	2,65 (2,17)	4,39 (1,88)
p-valor*	0,086	0,293	0,865	0,967	0,922	0,973	0,854
<i>Trabalho</i>							
Desempregado	1,36 (1,93)	3,04 (2,14)	6,01 (1,89)	3,35 (2,393)	4,15 (2,70)	2,74 (2,17)	4,40 (1,77)

\* Mann-Whitney

Aposentado	1,33 (1,68)	2,72 (1,93)	4,78 (3,00)	3,56 (2,431)	2,33 (2,59)	2,11 (2,00)	4,39 (1,97)
Vínculo sem direitos celetistas	1,70 (2,19)	3,29 (2,26)	6,07 (1,73)	3,07 (2,351)	3,67 (2,40)	2,41 (2,22)	4,24 (1,96)
Vínculo com direitos celetistas	2,00 (2,62)	2,50 (2,78)	5,25 (3,01)	2,75 (3,196)	4,75 (2,82)	2,50 (2,33)	4,63 (2,56)
p-valor**	0,921	0,565	0,001	0,798	0,101	0,620	0,551
<i>Escolaridade</i>							
Analfabeto	2,54 (2,19)	3,77 (2,35)	5,54 (2,21)	3,42 (2,595)	3,73 (2,79)	2,04 (2,20)	4,73 (2,63)
Ensino fundamental	1,48 (2,07)	3,07 (2,23)	5,91 (2,08)	3,34 (2,473)	3,83 (2,73)	2,63 (2,22)	4,32 (1,78)
Ensino médio e superior	1,02 (1,59)	2,78 (1,94)	6,08 (1,643)	2,95 (2,113)	4,14 (2,34)	2,71 (2,03)	4,31 (1,68)
p-valor**	0,150	0,077	0,408	0,074	0,407	0,685	0,682
<i>Permanência na rua</i>							
Ocasionalmente	1,90 (0,30)	1,83 (0,38)	1,12 (0,34)	1,76 (0,429)	1,41 (0,49)	1,71 (0,46)	1,31 (0,46)
Permanentemente	1,82 (0,39)	1,77 (0,42)	1,09 (0,28)	1,73 (0,446)	1,42 (0,49)	1,77 (0,42)	1,24 (0,43)
p-valor*	0,144	0,293	0,493	0,609	0,893	0,357	0,314
<i>Tempo de permanência na rua</i>							
≤73 meses	1,36 (2,05)	2,97 (2,18)	6,05 (1,85)	3,14 (2,414)	3,92 (2,65)	2,66 (2,18)	4,32 (1,84)
>73 meses	1,76 (1,92)	3,32 (2,19)	5,61 (2,29)	3,51 (2,369)	3,83 (2,65)	2,41 (2,17)	4,45 (1,92)
p-valor*	0,480	0,257	<b>0,045</b>	0,223	0,815	0,649	0,902
<i>Cidade natal</i>							
Juiz de Fora	1,34 (1,89)	3,08 (2,06)	5,92 (2,03)	3,21 (2,431)	4,05 (2,61)	2,67 (2,22)	4,22 (1,80)

\*\* Kruskal-Wallis

---

Outras procedências	1,63 (2,13)	3,08 (2,31)	5,90 (1,97)	3,31 (2,379)	3,73 (2,68)	2,49 (2,12)	4,50 (1,93)
p-valor*	0,515	0,750	0,744	0,447	0,603	0,151	0,854

---

±DP: ±Desvio Padrão

**Tabela 4.** Comparação das médias ( $\pm$ DP) e p-valor de variáveis referentes à saúde bucal e domínios do OHIP, população em situação de rua, Juiz de Fora, Brasil, 2019

Variável	Médias por domínio do Oral Health Impact Profile (DP)						
	limitação		desconforto	incapacidade	incapacidade	incapacidade	desvantagem
	funcional	dor física	psicológico	física	psicológica	social	social
<i>Autopercepção em Saúde Bucal</i>							
Satisfeito	0,50 (1,15)	2,13 (1,67)	5,38 (2,03)	2,25 (2,52)	2,75 (2,82)	0,63 (0,96)	2,81 (2,10)
Insatisfeito	1,55 (2,05)	3,14 (2,20)	5,95 (1,20)	3,33 (2,38)	3,97 (2,62)	2,72 (2,17)	4,47 (1,80)
p-valor*	0,260	0,118	0,680	0,903	0,078	<b>0,019</b>	0,256
<i>Número de dentes</i>							
0	1,66 (0,48)	1,69 (0,47)	1,06 (0,25)	1,63 (0,49)	1,38 (0,49)	1,72 (0,46)	1,22 (0,42)
1-9	1,69 (0,47)	1,65 (0,48)	1,12 (0,33)	1,46 (0,51)	1,31 (0,47)	1,73 (0,45)	1,19 (0,40)
10-19	1,79 (0,41)	1,77 (0,43)	1,13 (0,33)	1,70 (0,46)	1,30 (0,46)	1,68 (0,47)	1,14 (0,35)
20-26	1,84 (0,37)	1,78 (0,42)	1,09 (0,29)	1,76 (0,43)	1,44 (0,50)	1,82 (0,39)	1,33 (0,48)
27-32	1,97 (0,18)	1,86 (0,35)	1,09 (0,28)	1,87 (0,34)	1,51 (0,50)	1,79 (0,41)	1,32 (0,47)
p-valor**	<b>&lt;0,001</b>	0,118	0,881	<b>&lt;0,001</b>	0,094	0,418	0,105
<i>Lesão cariiosa</i>							
Sim	2,10 (1,81)	3,09 (2,10)	5,92 (2,01)	3,13 (2,26)	3,73 (2,53)	2,53 (2,08)	4,54 (1,71)
Não	1,20 (2,30)	3,05 (2,37)	5,88 (1,99)	3,53 (2,67)	4,24 (2,86)	2,71 (2,36)	3,97 (2,126)

\* Mann-Whitney

\*\* Kruskal-Wallis

p-valor*	<b>0,009</b>	0,378	0,798	<b>0,026</b>	0,192	0,067	0,790
<i>Cálculo</i>							
Sim	1,39 (1,91)	3,14 (2,12)	5,93 (2,07)	3,78 (2,12)	4,08 (2,59)	2,63 (2,165)	4,51 (1,74)
Não	1,65 (2,19)	2,97 (2,30)	5,87 (1,86)	2,98 (2,79)	3,53 (2,72)	2,51 (2,195)	4,08 (2,05)
p-valor*	0,075	0,489	0,920	<b>0,001</b>	0,086	0,975	0,744
<i>Raiz residual</i>							
Sim	1,38 (1,97)	3,17 (2,21)	5,93 (2,15)	3,15 (2,23)	4,22 (2,61)	2,81 (2,240)	4,38 (1,79)
Não	1,61 (2,07)	2,97 (2,16)	5,88 (1,81)	3,38 (2,60)	3,50 (2,64)	2,32 (2,067)	4,34 (1,96)
p-valor*	0,483	0,665	0,639	0,115	<b>0,022</b>	0,347	0,455
<i>Gengiva inflamada</i>							
Sim	1,44 (2,01)	3,19 (2,17)	6,12 (1,20)	3,20 (2,29)	4,17 (2,52)	2,75 (2,171)	4,44 (1,77)
Não	1,59 (2,04)	2,82 (2,21)	5,42 (1,93)	3,39 (2,66)	3,24 (2,75)	2,20 (2,139)	4,16 (2,05)
p-valor*	0,733	0,551	0,664	0,266	<b>0,004</b>	0,199	0,783
<i>Agravos aos tecidos moles</i>							
Sim	1,60 (2,16)	3,07 (1,98)	6,60 (1,59)	3,20 (2,91)	3,20 (1,82)	2,53 (1,922)	4,60 (1,68)
Não	1,48 (2,01)	3,08 (2,20)	5,87 (2,02)	3,26 (2,37)	3,94 (2,68)	2,59 (2,191)	4,34 (1,88)
p-valor*	0,693	0,854	0,695	0,973	0,672	0,308	0,266
<i>Possui prótese</i>							
Não	1,40 (1,96)	3,12 (2,19)	5,94 (1,99)	3,30 (2,36)	4,00 (2,62)	2,61 (2,181)	4,39 (1,78)
Prótese total	2,44 (2,22)	2,50 (1,86)	5,75 (1,44)	2,94 (3,04)	3,13 (2,63)	1,75 (2,049)	3,81 (2,48)

Prótese parcial	1,67 (2,53)	3,00 (2,49)	5,58 (2,81)	2,83 (2,33)	3,00 (2,89)	3,33 (1,969)	4,42 (2,39)
p-valor**	0,061	0,869	0,300	0,730	0,805	0,416	0,681
<i>Necessidade de prótese</i>							
Não	1,96 (0,20)	1,86 (0,34)	1,11 (0,31)	1,82 (0,38)	1,59 (0,49)	1,84 (0,37)	1,24 (0,43)
Prótese total	1,68 (0,47)	1,73 (0,45)	1,08 (0,27)	1,63 (0,48)	1,37 (0,48)	1,75 (0,44)	1,17 (0,38)
Prótese parcial	1,84 (0,36)	1,75 (0,43)	1,10 (0,30)	1,74 (0,44)	1,32 (0,47)	1,71 (0,46)	1,31 (0,46)
p-valor**	<b>&lt;0,001</b>	0,108	0,850	<b>0,043</b>	<b>0,001</b>	0,136	0,149
<i>Possui escova de dente</i>							
Sim	1,85 (0,35)	1,80 (0,40)	1,08 (0,27)	1,77 (0,42)	1,42 (0,49)	1,68 (0,40)	1,24 (0,43)
Não	1,80 (0,40)	1,75 (0,44)	1,13 (0,33)	1,67 (0,47)	1,40 (0,49)	1,80 (0,47)	1,28 (0,45)
p-valor*	0,318	0,347	0,227	0,066	0,778	<b>0,034</b>	0,581
<i>Consulta ao Cirurgião-Dentista</i>							
<i>pelo menos uma vez na vida</i>							
Sim	1,84 (0,366)	1,78 (0,415)	1,09 (0,292)	1,74 (0,440)	1,42 (0,495)	1,75 (0,433)	1,25 (0,435)
Não	1,60 (0,548)	1,80 (0,447)	1,20 (0,447)	1,60 (0,548)	1,00 (0,000)	2,00 (0,000)	1,40 (0,548)
p-valor*	0,149	0,917	0,424	0,483	0,058	0,202	0,453
<i>Motivo da última consulta<sup>†</sup></i>							
Emergência	1,65 (2,02)	3,57 (2,04)	5,96 (2,03)	3,65 (2,37)	4,15 (2,65)	2,90 (2,072)	4,51 (1,71)
Outros	1,35 (2,01)	2,68 (2,22)	5,87 (1,98)	2,93 (2,39)	3,68 (2,62)	2,33 (2,225)	4,24 (1,97)

<sup>†</sup> Excluídos 5 indivíduos que nunca foram ao Cirurgião-Dentista

p-valor*	0,844	0,133	0,753	0,116	0,517	0,420	0,611
<i>Tipo de serviço utilizado<sup>†</sup></i>							
Público	1,83 (0,379)	1,77 (0,420)	1,06 (0,237)	1,73 (0,447)	1,43 (,496)	1,74 (0,438)	1,20 (0,403)
Privado	1,90 (0,300)	1,83 (0,381)	1,20 (0,401)	1,78 (0,419)	1,54 (0,505)	1,80 (0,401)	1,41 (0,499)
Filantrópico	1,84 (0,374)	1,76 (0,435)	1,14 (0,347)	1,76 (0,435)	1,27 (0,450)	1,73 (0,450)	1,30 (0,463)
p-valor**	0,499	0,694	<b>0,018</b>	0,753	0,058	0,681	<b>0,016</b>

±DP: ±Desvio Padrão

**Tabela 5.** Modelo de regressão linear múltipla: preditores do Oral Health Impact Profile da população em situação de rua, Juiz de Fora, Brasil, 2019

	Limitação funcional (1)			Desconforto psicológico (3)			Incapacidade física (4)			Incapacidade psicológica (5)			Desvantagem social (6)		
	B	IC-95%	P	B	IC-95%	p	B	IC-95%	p	$\beta$	IC-95%	p	$\beta$	IC-95%	p
r <sup>2</sup> ajustado	0,35			0,20			0,10			0,32			0,31		
Sexo (masculino)							-0,188	-0,321;	0,008				-0,21	-0,335;	
								0,050						-0,078	
Autopercepção de saúde bucal (muito boa)													-0,11	-0,180;	0,002
														0,043	
Número de dentes (<dentes)	0,06	0,023;	0,002				0,06	0,007;	0,025						
Cálculo ausente							0,14	-0,254;	0,022						
Gengiva inflamada (ausente)										0,15	0,013;	0,033			
													0,298		
Necessidade de prótese (pró-										-0,05	-0,070;	<0,001			
													-0,025		

---

tese total)

Tipo de serviço	0,05	0,003;	0,038
utilizado (público)		0,101	

---

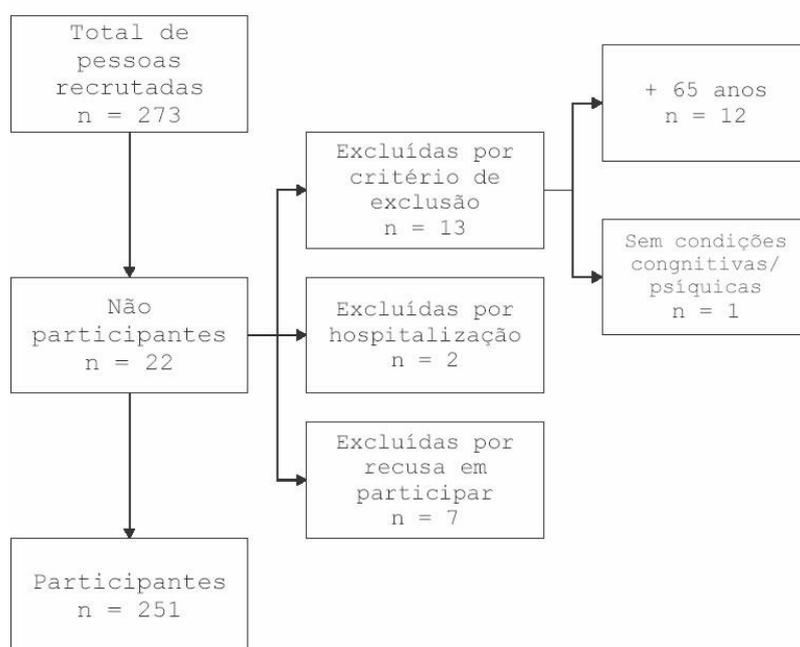
IC: Intervalo de Confiança

**Legendas:**

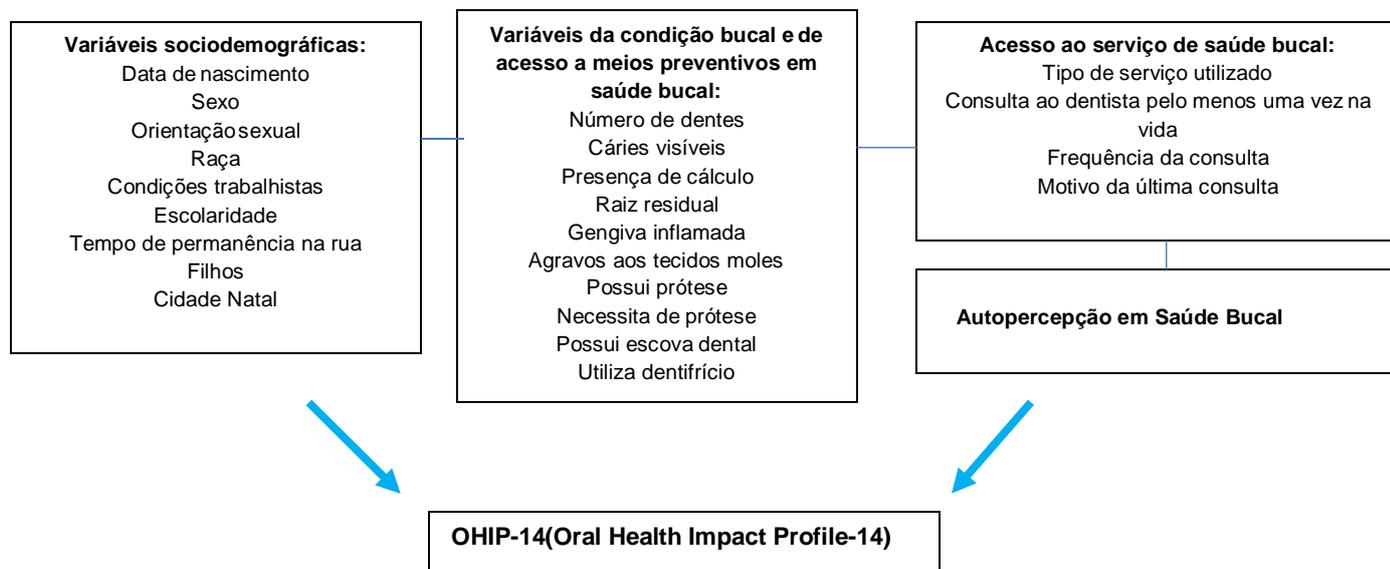
**Figura 1.** Recrutamento dos participantes para o estudo.

**Figura 2.** Modelo teórico com variáveis do estudo.

**Figura 3.** Dimensões do Oral Health Impact Profile- 14 (OHIP-14).

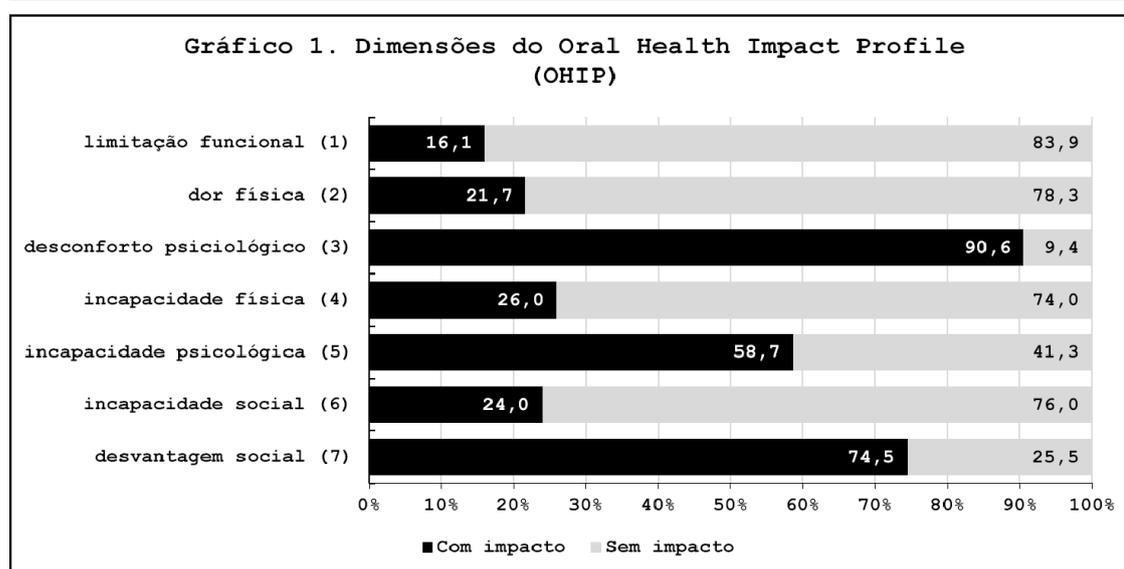
**Figura 1.** Recrutamento dos participantes.

**Figura 2.** Modelo teórico com variáveis do estudo.



**Figura 3.** Dimensões do Oral Health Impact Profile- 14 (OHIP-14).**Gráfico 1.** Dimensões do Oral Health Impact Profile (OHIP)

	Com impacto	Sem impacto
desvantagem social (7)	74,5	25,5
incapacidade social (6)	24,0	76,0
incapacidade psicológica (5)	58,7	41,3
incapacidade física (4)	26,0	74,0
desconforto psicológico (3)	90,6	9,4
dor física (2)	21,7	78,3
limitação funcional (1)	16,1	83,9



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento para as discussões sobre o acesso aos serviços de saúde na percepção da população em situação de rua é favorável já que o município da pesquisa iniciou, em 2016, o desenvolvimento da Política Municipal para a PSR. Segundo o conceito ampliado de saúde, considerando-a multideterminada, é possível compreender que a elaboração da política municipal deve prezar por ações de caráter intersetorial, abrangendo as mais diversas necessidades de saúde das pessoas em situação de rua.

Os resultados alcançados, no atual estudo, revelaram que a população em questão se percebe doente e busca o acesso ao serviço. Não menos importante, constatou-se um grande impacto psicológico e social, da saúde bucal, mostrando a urgência em se desenvolver uma atenção, às pessoas vulneráveis socialmente, voltada, principalmente, para recuperação da autoestima e da equidade em saúde.

Os dados alcançados pela pesquisa irão promover às instâncias gestoras e aos profissionais da saúde, uma melhor compreensão de que a saúde bucal afeta a qualidade de vida, com reflexos físicos e sociais na PSR, e poderão auxiliar na implementação de políticas públicas, e em um novo modelo de atenção bucal, focado nas necessidades, e na transformação social do grupo em Juiz de Fora.

Outrossim, o instrumento ICSB, representou uma ferramenta, na coleta de dados no estudo, de maneira fácil e simples, de forma a agilizar o planejamento e se priorizar a atenção, com intuito de melhorar a condição de saúde bucal da população em situação de rua, num setor onde a demanda é grande.

Ao final da coleta de dados, foi elaborada uma lista dos participantes do estudo com necessidades em saúde bucal a qual foi direcionada ao CEO (Centro Especializado em Odontologia). Esse encaminhamento seguiu, como critério de prioridade, pacientes que apresentavam comorbidades e urgências em saúde bucal, lotados na Casa de Cidadania.

O contato entre a rede de assistência bucal e o serviço social, junto à PSR será feito pela cirurgiã-dentista, autora do estudo, via telefone, com os coordenadores locais das instituições, conforme agendamento realizado.

Acredita-se que a saúde é direito de todos e deve ser concreta na realidade daqueles que mais precisam.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a População em Situação de Rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-24, 2012.
- ANTONI C.; MUNHÓS A. A. R. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 641-651, out./dez. 2016.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, Nov. 2011.
- BARATA, R. B., *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, p.219-232, jun. 2015.
- BEZERRA, I. H.P., *et al.* População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Rev. Enfermagem**, v.18, n.1, Jan/Abr. 2015.
- BORIN, M. Os moradores de rua em São Paulo e suas relações com o mundo do trabalho [internet]. *Cad Metrópole*, v.12, p. 49-64, 2004.
- BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, v.23, n.1, p.33- 50, 2013.
- BOVE, C.; FIGUEIREDO, G. A política nacional para a população em situação de rua: processo e participação. In: GRINOVER, A. P. *et al.* (Org.). **Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016. p. 421-428.
- BRASIL, Ministério da Economia- Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). Brasília, Ministério da Economia, 2015
- BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – **Projeto SB Brasil 2003** –Resultados Principais.
- BRASIL. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, Mai. de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, que

instituiu a **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília, 2009.

CAMPBELL, D. J. T. E., et al. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. **BMC Fam Pract.**, 2015.

CONTE, M., et al. Saúde bucal, comportamentos relacionados e impactos na saúde bucal entre adultos sem-teto. **J Dent Saúde Pública**, v.66, n.4, p. 276-8, 2006.

CORREA, C.R.S.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA A. P.G. F. Saúde bucal do adolescente. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 131-138, abr./jun., 2012.

COSTA, S. L., et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, Sept. 2015.

CSIKAR, J., et al. Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. **Community Dental health**, v. 36, n. 2, p. 137-142, 2019

DALY, B., et al. Oral Health care needs and oral health-related Quality of life (OHIP-14) in homeless people. **Community Dent oral epidemiol**, v. 38, n. 2, p.136-44, 2010.

DIMARCO, M. A.; LUDINGTON S, M.; MENKE, E. M. Acesso e utilização dos cuidados de saúde bucal por crianças / famílias em situação de rua. **J Cuidados de Saúde Pobres Carentes**, v. 21, n. 2, **Suppl**, p. 67-81, 2010.

ENGSTROM E. M.; TEIXEIRA M. B.; "Street clinic" team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. **Cienc Saude Coletiva**, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, v. 21, n. 6, p.1839–1848, 2017.

FARIA, D.C. S., et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e saber social**, v.1, n.3, p.70-82, 2014.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; DE MELO, G.B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

FIORATI, R. C., et al. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.37, n.spe, 2016.

FIGUEIREDO, R. L. F.; HWANG, S. W.; QUIÑONEZ, C. Dental health of homeless adults in Toronto, **Canada. Journal of public health dentistry**, 2012.

FORD, P. J; CRAMB, S; FARAH, C.S. Oral Health Impact and Quality of Life in Urban homeless population. **Aust. Dent. j.**; v.59, n.2, p.239-9, Jun. 2014.

GIBSON G., et al. O tratamento odontológico melhora a autoavaliação da saúde bucal em veteranos sem-teto: uma breve comunicação. **J Dent. Saúde Pública**, v. 68, n.2, p.111-5, 2008.

GOODE, J., *et al.* Homeless adults' access to dental services and strategies to improve their oral health: a systematic literature review. **Journal of Primary Health**, v. 24, p. 287–298, 2018,

GONÇALVES, J. R.; ALMEIDA, A. M. Avaliação do impacto percebido da saúde bucal utilizando o instrumento UFES. **Rev. Odontológica**; Vitória, v. 6, n. 2, p.11-16, Mai./Ago.2004.

HALLAIS, J.A. S.; BARROS N. F. Street office: Visibility, invisibility, and enhanced visibility. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1497-1504, 2017.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl.1, p. 684-692, 2018.

IPEA – Instituto de pesquisa econômica aplicada. **Atlas de vulnerabilidade social dos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015.

JUIZ DE FORA. Secretaria de desenvolvimento Social. Diagnóstico da população em situação de rua de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

JUIZ DE FORA. Secretaria de saúde: **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014.

KAMI, M. T. M., *et al.* Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na rua. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v.50, n.3, 2016.

KERTESZ, S. G., *et al.* Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. **J Public Health**, v.103, n.2, p.331-339, 2013.

KOOPMANS, F. F., *et al.* Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. **Rev Bras Enferm**; v.72, n.1, p.211-220, 2019.

LAWDER, J. A. C., *et al.* Impact of oral condition on the quality of life of homeless people. **Rev. Saúde Pública**; v.53, n. 22, 2019.

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para o cuidado em verso na saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.18, n.49, p.251-60, abr-jun., 2014.

LUO, Y; MCGRATH, C. Oral Health and its Impact on the Life quality homeless people in Hong Kong. **Community Dent Health**, v. 25, n. 3, p.137-42, Set., 2008.

MACERATA, I; SOARES J.G.N; RAMOS J.F.C. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. **Interface**, v.18 Supl 1, p: 919- 30, 2014.

MEDEIROS, M. A.D., *et al.* Atenção multidisciplinar através do consultório na rua. **Ciências biológica e de saúde Unit**, Alagoas, v. 4, n. 2, p.283-296, 2017.

MENEZES, L. M., *et al.* Perfil epidemiológico das pessoas em situação de rua.

**Journal of Medicine and Health Promotion**, v.2, n.1, p.433- 441, 2017.

MENEZES, D. F. N.; PINTO, F.C.S. Superação da divergência entre competências federativas e formulação de políticas públicas: o caso de moradores de rua. GRINOVER, A. P; ALMEIDA, G. A; GUSTIN, M; LIMA, P.C.V; LENNACO, R (org). Belo Horizonte: EditoraD" Plácido, p. 397/ 408; 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.  
Conhecer para lutar: cartilha para formação política. Brasília, 2010.

MUNARETTI, I., *et al.* Os problemas clínicos mais comuns junto à população em situação de rua: Gravidez de alto risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde, junto à população de rua/** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 64-69, 2012.

NEVES S, P.; MARTINS, G. I.; HELLER, L. A gente tem acesso de favores, né? A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.3, 2018.

NÓBREGA , D. F., *et al.* Associação das condições normativas e subjetivas de saúde bucal com a insatisfação com os serviços odontológico entre adultos brasileiros. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 11, p. 3881-3890, 2018.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile- short form, **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.33, n.4, p.307-314, 2005.

OLIVEIRA D.M., *et al.* Needs, expectations and care production of people in street situation. **Rev Bras Enferm**, v. 71(Suppl 6), 2689-97, 2018.

PACHECO, M. E. A. G. Public policy and capital social: the project street office. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n.1, p. 43-58, 2014.

PADGETT., *et al.* Complex Recovery: Understanding the Lives of Formerly Homeless Adults with Complex Needs. **J. Soc. Distress Homeless**, v. 25, n. 2, p. 60-70, Jul. 2016.

PAIVA, I. K. S., *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PALMA, P. V.; CAETANO, P. L.; LEITE, I. C. G. Impacto of periodontal diseases on health-related quality of life of users of the brazilian unified health system. Hindawi Publishing Corporation, **International Journal of dentistry**, v. 2013, 2013: 150357.

PAPELU, A., *et al.* Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: a multi-site focus group study. **Health Quality of Life Outcomes**, v.15, p. 10:93, 2012.

PARKER, E. J., *et al.* Self-reported oral health of a metropolitan homeless population

in Australia: comparisons with population-level data. **Aust. Dent. J.**, n.56, p.272-277, 2011.

PETERSEN, P. E. Fortalecimento dos sistemas de saúde bucal: saúde bucal através da atenção primária à saúde. **Med. Princ. Pract.**, v. 23, n.1, p. 3-9, 2014.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA, J. A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 753-67, 2010.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil, **Interface**, v. 19, n. 53, Apr- Jun, 2015.

SAINTRAIN, M. V.; VIEIRA, D. L. Applicative feed community oral Health indicator by no dental personnel and it is contribution to oral Healthcare. **PLOS ONE**, v.7, n.7:e39733, 2012.

SEGATTO T. D.; ARAÚJO L. B.; RODRIGUES R. P.C. B. Percepção de ex-moradores de rua sobre sua qualidade de vida. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, v.26, n.2, p. 25-34, 2016.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662-679, Out/ Dez, 2018.

SILVA, C. C.; MARQUES, C. M.; PORTES, V. E. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. **Saúde em debate**, v.39, n.spe, p.246-256, 2015.

SILVA, I. C. N., *et al.* Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.52, e03314, 2018.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 285-291, 2018.

SILVA, T. F.; ROMANO V. F. About the reception: discourse and practice in the basic health units in the city of Rio de Janeiro. **Saúde Em Debate**, v.39, n.105, p. 363-374, 2015.

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

SLADE, G. D. Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? **Community dent. oral Epidemiol**; v.40, Suppl. 2, p.39-43, 2012.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção

ao usuário de álcool e outras drogas. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 37-47, 2014.

SPEZZIA, S., *et al.* Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, jan./jun. 2015.

STEWART, J., *et al.* Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. **Patient Prefer Adherence**, v.12; n.10, p.153-8, 2016.

TELLES, M. W.P.; TEIXEIRA, C.F. Movimento sindical e reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período de 1981-1991. **Rev. Saúde debate**, v. 41, n.spe. 3, p. 34-44, Set. 2017.

TSAKOS, G., *et al.* Assessing the minimally important difference in the oral impact on daily performances index in patients treated for periodontitis. **J. Clin. Periodontol**, v.37, n.10, p. 903-9, 2010.

VALE, E. B.; MENDES, A. C. G.; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 98-108, Dec. 2013.

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

VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde debate | Rio de Janeiro**, v.41, n.115, p. 1130-1142, Out.\Dez. 2017.

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

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é compreender como esses adultos concebem os cuidados de saúde da boca e os motivos que os levam a procurar atendimento a saúde. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua em Juiz de Fora (MG). Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você que serão responder umas perguntas sobre você e se acha importante cuidar da sua boca, e olharemos se ela precisa de tratamento.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: sentir leve desconforto durante a entrevista, ou a manifestação de sentimentos desagradáveis, devido à revelação de experiências em relação ao seu acesso ao posto de saúde. Junto a isso, o exame bucal será realizado utilizando-se de luz natural e visão direta da cavidade bucal, com o profissional paramentado com equipamento de proteção individual (EPI), jaleco, luvas, máscaras e gorros. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, não haverá interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem estar físico, psicológico, nem da intimidade. Em caso de danos comprovados decorrentes da participação no estudo, o pesquisador assumirá a responsabilidade. A pesquisa pode ajudar fornecendo informações para a equipe de saúde conhecer aspectos bucais dos adultos em situação de rua, com vista à orientar seus cuidados, individuais ou coletivos.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Karime de Castro Paiva  
Campus Universitário da UFJF Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina, Departamento Saúde Coletiva.  
CEP: 36036-900  
Fone: 988394007  
E-mail: [KarimePaiva@gmail.com](mailto:KarimePaiva@gmail.com)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF Campus  
Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: [cep.propeq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propeq@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE B – Declarações de Infraestrutura****DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA, ONDE OS DADOS SERÃO COLETADOS.**

Eu Elissa Antunes Silveira Durães na qualidade de responsável  
pela Agência Adventista de Desenvolvimento  
e Recursos Assistenciais - Casa da Cidadania

autorizo a realização de a pesquisa intitulada Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Karime de Castro Paiva; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 27 de agosto de 2019

Elissa Antunes Silveira Durães  
Coordenadora Geral de Projetos  
ADRA - JF

ASSINATURA \_\_\_\_\_

(carimbo da Instituição)

⊛ mesa, caderneta

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA, ONDE OS DADOS SERÃO COLETADOS.**

Eu João Carlos de Melo na qualidade de responsável  
pela CPM

,  
autorizo a realização de a pesquisa intitulada Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Karime de Castro Paiva; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 09 de agosto de 2019.

ASSINATURA

[Assinatura]  
(carimbo da Instituição)

20439311/0001-69  
ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE  
APOIO COMUNITÁRIO - AMAC  
AV. BARÃO DO RIO BRANCO, 1843, 4.º E 5.º  
ANDARES-CENTRO - CEP 36013-020  
JUÍZ DE FORA - MG

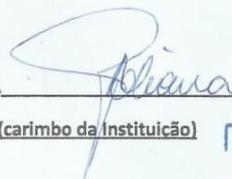
**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA, ONDE OS DADOS SERÃO COLETADOS.**

Eu Ridiane Pereira Cavaca Paiva na qualidade de responsável  
pela Centro Pop

autorizo a realização de a pesquisa intitulada Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos em situação de rua a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Karime de Castro Paiva; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 09 de agosto de 2019

ASSINATURA



(carimbo da Instituição)

20439311/0001-69  
ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE  
APOIO COMUNITÁRIO - AMAC  
AV. BARÃO DO RIO BRANCO, 1843, 4.º E 5.º  
ANDARES-CENTRO - CEP 36013-020  
JUIZ DE FORA - MG

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA, ONDE OS DADOS SERÃO COLETADOS.**

Eu Elissa Antunes Silveira na qualidade de responsável  
pela ADRA: Agencia Adventista de Desenvolvimento e  
Assistenciais, autorizo a realização de a pesquisa intitulada **AUTOPERCEÇÃO E**  
**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM ADULTOS EM SITUAÇÃO DE RUA** a ser conduzida  
sob a responsabilidade da pesquisadora Karime de Castro Paiva; e DECLARO que esta  
instituição apresenta \* infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta  
declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para  
a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 27 de setembro de 2018

Elissa Antunes Silveira  
Coordenadora Geral de Projetos  
ADRA - JF

ASSINATURA \_\_\_\_\_

(carimbo da Instituição)

\* sala, mesa e cadeira.

















## ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 3.416.530

001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2020.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1241402.pdf	26/06/2019 15:22:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	26/06/2019 15:22:11	KARIME DE CASTRO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/02/2019 19:34:06	KARIME DE CASTRO PAIVA	Aceito
Outros	CurriculosLattes.pdf	20/02/2019 20:26:27	KARIME DE CASTRO PAIVA	Aceito
Folha de Rosto	texto_teste.pdf	01/11/2018 16:19:18	KARIME DE CASTRO PAIVA	Aceito

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Junho de 2019

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 03

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória são apresentados adequadamente.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 3.416.530

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br

## ANEXO F – Normas para publicação revista *Special Care in Dentistry*

### Author Guidelines

### *Special Care in Dentistry* AUTHOR GUIDELINES

#### Sections

1. [Submission](#)
2. [Aims and Scope](#)
3. [Manuscript Categories and Requirements](#)
4. [Preparing the Submission](#)
5. [Editorial Policies and Ethical Considerations](#)
6. [Author Licensing](#)
7. [Publication Process After Acceptance](#)
8. [Post Publication](#)
9. [Editorial Office Contact Details](#)

#### 1. SUBMISSION

Authors should kindly note that submission implies that the content has not been published or submitted for publication elsewhere except as a brief abstract in the proceedings of a scientific meeting or symposium.

**Once the submission materials have been prepared in accordance with the Author Guidelines, manuscripts should be submitted online at <https://mc.manuscriptcentral.com/scid>**

The submission system will prompt authors to use an ORCID iD (a unique author identifier) to help distinguish their work from that of other researchers. [Click here](#) to find out more.

Click here for more details on how to use [ScholarOne](#)

For help with submissions, please contact: [scdeditorial@wiley.com](mailto:scdeditorial@wiley.com).

By submitting a manuscript to or reviewing for this publication, your name, email address, and affiliation, and other contact details the publication might require, will be used for the regular operations of the publication, including, when necessary, sharing with the publisher (Wiley) and partners for production and publication. The publication and the publisher recognize the importance of protecting the personal information collected from users in the operation of these services, and have practices in place to ensure that steps are taken to maintain the security, integrity, and privacy of the personal data collected and processed. You can learn more at <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>.

#### 2. AIMS AND SCOPE

The mission of *Special Care in Dentistry* is to provide a forum for research findings, case reports, clinical techniques, and scholarly discussion relevant to the oral health and oral health care of patients with special needs. The designation of the patient with special needs is not limited to hospitalized, disabled or older individuals, but includes all patients with special needs for whom oral health and oral health care are complicated by physical, emotional, financial and/or access factors.

#### 3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

- **Original Papers** –reports of new research findings or conceptual analyses that make a significant contribution to knowledge (3500 word limit).

- **Review articles** -articles of special interest and those entailing an update on any of the topics identified as subjects for this journal will be considered (3500 word limit).

- **Case History Report** -Case reports should be concise and do not need to be as formally structured as scientific articles. Include a brief introduction presenting a critical literature review and a statement of the clinical implications of the case. The case description should include: personal history of the subject, socioeconomic data, health/medications history, extra-oral and intra-oral examination findings; differential diagnosis; treatment options; final treatment plan. Relevant techniques, results and data obtained should be presented. A brief discussion should reinforce the clinical implications of the case report and discuss any unique findings and insights gained, which makes this patient or patients different from any patients previously reported (2500 word limit; In addition, there is a limit of a total of 4 figures or 4 tables)

- **Letters to the Editor**–are welcomed (1000 word limit).

#### 4. PREPARING THE SUBMISSION Cover Letters

Cover letters are not mandatory; however, they may be supplied at the author's discretion.

#### Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

### **Title Page**

The title page should contain:

- i. A short informative containing the major key words. The title should not contain abbreviations (see Wiley's [best practice SEO tips](#));
- ii. A short running title of less than 40 characters;
- iii. The full names of the authors;
- iv. The author's institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted;
- v. Acknowledgments.
- vi. Conflict of Interest Statement
- vii. Ethics Statement

### **Authorship**

Please refer to the journal's [Authorship](#) policy in the [Editorial Policies and Ethical Considerations](#) section for details on author listing eligibility.

### **Acknowledgments**

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section. Financial and material support should also be mentioned. Thanks to anonymous reviewers are not appropriate.

### **Conflict of Interest Statement**

Authors will be asked to provide a conflict of interest statement during the submission process. For details on what to include in this section, see the „[Conflict of Interest](#)“ section in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below. Submitting authors should ensure they liaise with all co-authors to confirm agreement with the final statement.

### **Ethics Statement**

*Special Care in Dentistry* follows [ICMJE](#) recommendations on the protection of research participants. When reporting research involving human data, authors should indicate whether the procedures followed have been assessed by the responsible review committee (institutional and national), or if no formal ethics committee is available, were in accordance with the [Declaration of Helsinki](#). For details on what to include in this section, see the „[Human Studies and Subjects](#)“ section in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below.

### **Article Preparation Support**

Wiley Editing Services offers expert help with English Language Editing, as well as translation, manuscript formatting, figure illustration, figure formatting, and graphical abstract design – so you can submit your manuscript with confidence.

Also, check out our resources for Preparing Your Article for general guidance about writing and preparing your manuscript.

### **Main Text File**

As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text file should be presented in the following order:

- i. Title, abstract, and key words;
- ii. Main text;
- iii. References;
- iv. Tables (each table complete with title and footnotes);
- v. Figure legends;
- vi. Appendices (if relevant).

Figures and supporting information should be supplied as separate files.

### **Abstract**

The Abstract should be divided into the following sections: 'Aims', 'Methods and Results', and 'Conclusion'; it should not exceed 200 words.

### **Keywords**

Key words should be selected from Medical Subject Headings (MeSH) to be used for indexing of articles

### **Main Text**

- As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.
- Original Articles and Brief Communications are normally organized with Introduction, Material and Methods, Results and Discussion sections, but authors should consult recent journal issues for acceptable alternative organizations.

The manuscript should be submitted with all material doublespaced, flush left (preferably in Courier typeface), with at least a 1" margin all around. All pages should be systematically numbered. The editor reserves the right to edit manuscripts to fit available space and to ensure conciseness, clarity and stylistic consistency.

### **References**

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should be superscript numbers. Journal titles are abbreviated; abbreviations may be found in the following: MEDLINE, Index Medicus, or CalTech Library. Submissions are not required to reflect the precise reference formatting of the journal (use of italics, bold etc.), however it is important that all key elements of each reference are included. Please see below for examples of reference content requirements.

Sample references follow:

Journal article

Wood WG, Eckert GP, Igbavboa U, Muller WE. Statins and neuroprotection: a prescription to move the field forward. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1199:69-76.

Book

Hoppert, M. *Microscopic techniques in biotechnology*. Weinheim: Wiley-VCH; 2003. Electronic Material

Cancer-Pain.org [homepage on the internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [Cited 2015 May 11]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

### **Tables**

Tables should be self-contained and complement, not duplicate, information contained in the text. They should be supplied as editable files, not pasted as images. Legends should be concise but comprehensive – the table, legend, and footnotes must be understandable without reference to the text. All abbreviations must be defined in footnotes. Footnote symbols: †, ‡, §, ¶, should be used (in that order) and \*, \*\*, \*\*\* should be reserved for P-values. Statistical measures such as SD or SEM should be identified in the headings.

### **Figure Legends**

Legends should be concise but comprehensive – the figure and its legend must be understandable without reference to the text. Include definitions of any symbols used and define/explain all abbreviations and units of measurement.

### **Figures**

Although authors are encouraged to send the highest-quality figures possible, for peer-review purposes, a wide variety of formats, sizes, and resolutions are accepted. [Click here](#) for the basic figure requirements for figures submitted with manuscripts for initial peer review, as well as the more detailed post-acceptance figure requirements.

**Figures submitted in color** will be reproduced in color online free of charge.

### **Additional Files**

#### **Appendices**

Appendices will be published after the references. For submission they should be supplied as separate files but referred to in the text.

#### **Supporting Information**

Supporting information is information that is not essential to the article, but provides greater depth and background. It is hosted online and appears without editing or typesetting. It may include tables, figures, videos, datasets, etc. [Click here](#) for Wiley's FAQs on supporting information.

Note: if data, scripts, or other artefacts used to generate the analyses presented in the paper are available via a publicly available data repository, authors should include a reference to the location of the material within their paper.

#### **Wiley Author Resources**

**Manuscript Preparation Tips:** Wiley has a range of resources for authors preparing manuscripts for submission available [here](#). In particular, authors may benefit from referring to Wiley's best practice tips on [Writing for Search Engine Optimization](#).

**Editing, Translation, and Formatting Support:** [Wiley Editing Services](#) can greatly improve the chances of a manuscript being accepted. Offering expert help in English language editing, translation, manuscript formatting, and figure preparation, Wiley Editing Services ensures that the manuscript is ready for submission.

## **5. EDITORIAL POLICIES AND ETHICAL CONSIDERATIONS Editorial Review and Acceptance**

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance

to journal readership. Except where otherwise stated, manuscripts are double-blind peer reviewed. Papers will only be sent to review if the Editor-in-Chief determines that the paper meets the appropriate quality and relevance requirements.

Wiley's policy on the confidentiality of the review process is [available here](#). Data Storage and Documentation

*Special Care in Dentistry* encourages data sharing wherever possible, unless this is prevented by ethical, privacy, or confidentiality matters. Authors publishing in the journal are therefore encouraged to make their data, scripts, and other artefacts used to generate the analyses presented in the paper available via a publicly available data repository; however, this is not mandatory. If the study includes original data, at least one author must confirm that he or she had full access to all the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

### Human Studies and Subjects

For manuscripts reporting medical studies that involve human participants, a statement identifying the ethics committee that approved the study and/or confirmation that the study conforms to recognized standards is required, for example: [Declaration of Helsinki](#); [US Federal Policy for the Protection of Human Subjects](#); or [European Medicines Agency Guidelines for Good Clinical Practice](#).

Images and information from individual participants will only be published where the authors have obtained the individual's free prior informed consent. Authors do not need to provide a copy of the consent form to the publisher; however, in signing the author license to publish, authors are required to confirm that consent has been obtained. Wiley has a [standard patient consent form available](#) for use.

### Photographs of People

*Special Care in Dentistry* follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a photograph can be identified, his or her permission is required to publish the photograph. The corresponding author may submit a letter signed by the patient (or appropriate cases, by the patient's parent or legal guardian) authorizing *Special Care in Dentistry* to publish the photo. Or, a [standard release form](#) may be downloaded for use. The documented permission must be supplied as "Supplemental Material NOT for Review" uploaded with the submission. If the signed permission is not provided on submission, the manuscript will be unsubmitted and the author notified of that status. Once the permission is obtained and included in the submission, the paper will proceed through the usual process. Please note that the submission of masked photos (i.e., facial photographs with dark geometric shapes over the eyes) and photographs with profiles are not considered adequate deidentification and cannot be published as such. Also we would request that authors translate the content of all permission forms that are in a language other than English, and that translations will be required before publication of identifiable images.

### Animal Studies

A statement indicating that the protocol and procedures employed were ethically reviewed and approved, as well as the name of the body giving approval, must be included in the Methods section of the manuscript. Authors are encouraged to adhere to animal research reporting standards, for example the [ARRIVE reporting guidelines](#) for reporting study design and statistical analysis; experimental procedures; experimental animals and housing and husbandry. Authors should also state whether experiments were performed in accordance with relevant institutional and national guidelines for the care and use of laboratory animals:

- US authors should cite compliance with the US National Research Council's [Guide for the Care and Use of Laboratory Animals](#), the US Public Health Service's [Policy on Humane Care and Use of Laboratory Animals](#), and [Guide for the Care and Use of Laboratory Animals](#).
- UK authors should conform to UK legislation under the [Animals \(Scientific Procedures\) Act 1986 Amendment Regulations \(SI 2012/3039\)](#).
- European authors outside the UK should conform to [Directive 2010/63/EU](#). **Clinical Trial Registration**

### Registration

The journal requires that clinical trials are prospectively registered in a publicly accessible database and clinical trial registration numbers should be included in all papers that report their results. Authors are asked to include the name of the trial register and the clinical trial registration number at the end of the abstract. If the trial is not registered, or was registered retrospectively, the reasons for this should be explained.

### Research Reporting Guidelines

Accurate and complete reporting enables readers to fully appraise research, replicate it, and use it. Authors are encouraged to adhere to the following research reporting standards.

- [CONSORT](#)
  - [SPIRIT](#)
  - [PRISMA](#)
  - [PRISMA-P](#)
  - [STROBE](#)
  - [CARE](#)
  - [COREQ](#)
  - [STARD](#) and [TRIPOD](#)
  - [CHEERS](#)
  - [the EQUATOR Network](#)
  - [Future of Research Communications and e-Scholarship \(FORCE11\)](#)
  - [ARRIVE guidelines](#)
  - [National Research Council's Institute for Laboratory Animal Research guidelines:](#)
  - [The Gold Standard Publication Checklist from Hooijmans and colleagues](#)
  - [Minimum Information Guidelines from Diverse Bioscience Communities \(MIBBI\)](#)
- [website](#)
- [Biosharing website](#)
  - [REFLECT statement](#) **Conflict of Interest**

The journal requires that all authors disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or directly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include, but are not limited to: patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. The existence of a conflict of interest does not preclude publication. If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission. It is the responsibility of the corresponding author to review this policy with all authors and collectively to disclose with the submission ALL pertinent commercial and other relationships.

#### **Funding**

Authors should list all funding sources in the Acknowledgments section. Authors are responsible for the accuracy of their funder designation. If in doubt, please check the Open Funder Registry for the correct nomenclature: <https://www.crossref.org/services/funder-registry/>

#### **Authorship**

The list of authors should accurately illustrate who contributed to the work and how. All those listed as authors should qualify for authorship according to the following criteria:

1. Have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data;
2. Been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content;
3. Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; and
4. Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section (for example, to recognize contributions from people who provided technical help, collation of data, writing assistance, acquisition of funding, or a department chairperson who provided general support). Prior to submitting the article all authors should agree on the order in which their names will be listed in the manuscript.

#### **ORCID**

As part of the journal's commitment to supporting authors at every step of the publishing process, the journal encourages the submitting author (only) to provide an ORCID iD when submitting a manuscript. This takes around 2 minutes to complete. [Find more information here.](#)

#### **Publication Ethics**

This journal is a member of the [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#). Note this journal uses iThenticate's CrossCheck software to detect instances of overlapping and similar text in submitted manuscripts. Read Wiley's Top 10 Publishing Ethics Tips for Authors [here](#). Wiley's Publication Ethics Guidelines can be found [here](#).

#### **6. AUTHOR LICENSING**

If a paper is accepted for publication, the author identified as the formal corresponding author will receive an email prompting them to log in to Author Services, where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be required to complete a copyright license agreement on behalf of all

authors of the paper.

Authors may choose to publish under the terms of the journal's standard copyright agreement, or [OnlineOpen](#) under the terms of a Creative Commons License.

General information regarding licensing and copyright is available [here](#). To review the Creative Commons License options offered under OnlineOpen, please [click here](#). (Note that certain funders mandate a particular type of CC license be used; to check this please click [here](#).)

**Self-Archiving Definitions and Policies:** Note that the journal's standard copyright agreement allows for self-archiving of different versions of the article under specific conditions. Please click [here](#) for more detailed information about self-archiving definitions and policies.

**Open Access fees:** Authors who choose to publish using OnlineOpen will be charged a fee. A list of Article Publication Charges for Wiley journals is available [here](#).

**Funder Open Access:** Please click [here](#) for more information on Wiley's compliance with specific Funder Open Access Policies.

## 7. PUBLICATION PROCESS AFTER ACCEPTANCE Accepted Article Received in Production

When an accepted article is received by Wiley's production team, the corresponding author will receive an email asking them to login or register with [Wiley Author Services](#). The author will be asked to sign a publication license at this point. View more information about Wiley's Copyright Transfer Agreement [here](#).

If you are experiencing technical issues signing the license in Author Services, please contact the journal production office at [SCD@wiley.com](mailto:SCD@wiley.com).

### Proofs

Once the paper is typeset, the author will receive an email notification with the URL to download a PDF typeset page proof, as well as associated forms and full instructions on how to correct and return the file.

Please note that the author is responsible for all statements made in their work, including changes made during the editorial process – authors should check proofs carefully. Note that proofs should be returned within 48 hours from receipt of first proof.

### Publication Charges

**Page Charges.** Most articles are published at no cost to the author, but special arrangements must be made with the editor for publishing articles containing extensive illustrative or tabular material or formulae

## 7. PUBLICATION PROCESS AFTER ACCEPTANCE Accepted Article Received in Production

When an accepted article is received by Wiley's production team, the corresponding author will receive an email asking them to login or register with [Wiley Author Services](#). The author will be asked to sign a publication license at this point. View more information about Wiley's Copyright Transfer Agreement [here](#).

If you are experiencing technical issues signing the license in Author Services, please contact the journal production office at [SCD@wiley.com](mailto:SCD@wiley.com).

### Proofs

Once the paper is typeset, the author will receive an email notification with the URL to download a PDF typeset page proof, as well as associated forms and full instructions on how to correct and return the file.

Please note that the author is responsible for all statements made in their work, including changes made during the editorial process – authors should check proofs carefully. Note that proofs should be returned within 48 hours from receipt of first proof.

### Publication Charges

**Page Charges.** Most articles are published at no cost to the author, but special arrangements must be made with the editor for publishing articles containing extensive illustrative or tabular material or formulae

### Early View

The journal offers rapid publication via Wiley's Early View service. [Early View](#) (Online Version of Record) articles are published on Wiley Online Library before inclusion in an issue. Note there may be a delay after corrections are received before the article appears online, as Editors also need to review proofs. Once the article is published on Early View, no further changes to the article are possible. The Early View article is fully citable and carries an online publication date and DOI for citations.

## 8. POST PUBLICATION Access and Sharing

When the article is published online:

- The author receives an email alert (if requested).
- The link to the published article can be shared through social media.
- The author will have free access to the paper (after accepting the Terms & Conditions of use, they can view the article).
- The corresponding author and co-authors can nominate up to ten colleagues to receive a publication alert and free online access to the article.

#### **Promoting the Article**

To find out how to best promote an article, click [here](#). Measuring the Impact of an Article

Wiley also helps authors measure the impact of their research through specialist partnerships with [Kudos](#) and [Altmetric](#).

#### **Article Promotion Support**

[Wiley Editing Services](#) offers professional video, design, and writing services to create shareable video abstracts, infographics, conference posters, lay summaries, and research news stories for your research – so you can help your research get the attention it deserves.

- [Submit an Article](#)
- [Browse free sample issue](#)
- [Get content alerts](#)
- [Subscribe to this journal](#)

The Official Journal of the Special Care Dentistry Association

