

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS**

NATÁLIA MOREIRA TEIXEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À DOR NOS DENTES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA DE BELO HORIZONTE - IV CENSO 2022**

**BELO HORIZONTE
2025**

NATÁLIA MOREIRA TEIXEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À DOR NOS DENTES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA DE BELO HORIZONTE - IV CENSO 2022**

Tese submetida para a defesa no Programa de Pós-graduação em Neurociências, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa:

Transtornos psiquiátricos

Orientador:

Prof. Dr. Frederico Duarte Garcia

Co-orientadora:

Profa. Dra. Sordaini Maria Caligiorne

BELO HORIZONTE
2025

043 Teixeira, Natália Moreira.
Fatores associados à dor nos dentes da população em situação de rua de Belo Horizonte - IV Censo 2022 [manuscrito] / Natália Moreira Teixeira. – 2025. 115 f. : il. ; 29,5 cm.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Duarte Garcia. Co-orientadora: Profa. Dra. Sordaini Maria Caligiorme.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Neurociências.

1. Neurociências. 2. Vulnerabilidade Social. 3. Pessoas Mal Alojadas. 4. Saúde Bucal. 5. Odontalgia. 6. Saúde Mental. 7. Dados Estatísticos. I. Garcia, Frederico Duarte. II. Caligiorme, Sordaini Maria. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. IV. Título.

CDU: 612.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

FATORES ASSOCIADOS À DOR NOS DENTES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
DE BELO HORIZONTE - IV CENSO 2022

NATÁLIA MOREIRA TEIXEIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em NEUROCIÊNCIAS, como requisito para obtenção do grau de Doutor em NEUROCIÊNCIAS, área de concentração NEUROCIÊNCIAS CLÍNICAS.

Aprovada em 28 de abril de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Paula Carolina Mendes Santos
PUC-MG

Prof. Fernando Henrique da Silva Oliveira
FAMINAS

Profa. Sordaini Maria Caligiore
PCMG

Profa. Mirela Castro Santos Camargos
UFMG

Prof. Renato Cesar Cardoso
UFMG

Prof. Frederico Duarte Garcia - Orientador
UFMG

Belo Horizonte, 28 de abril de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Frederico Duarte Garcia, Professor do Magistério Superior**, em 15/05/2025, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 15/05/2025, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sordaini Maria Caligiorne, Usuária Externa**, em 16/05/2025, às 07:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renato Cesar Cardoso, Professor do Magistério Superior**, em 16/05/2025, às 12:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Carolina Mendes Santos, Usuário Externo**, em 16/05/2025, às 14:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Henrique da Silva Oliveira, Professor Magistério Superior-Substituto**, em 26/05/2025, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4211030** e o código CRC **00565D8A**.

Dedico este trabalho às pessoas em situação de rua que participaram desta pesquisa.

Foram acolhidas e avaliadas com todo respeito, empatia e sensibilidade. Suas histórias, olhares e vivências trouxeram sentido a este projeto e foram fundamentais para sua conclusão.

Que este trabalho possa contribuir para ampliar a compreensão sobre suas realidades e inspirar caminhos de dignidade, acolhimento e transformação.

AGRADECIMENTO

Agradeço,

A Deus, pelas grandes oportunidades vividas e por estar sempre ao meu lado, guiando os meus passos.

Aos meus pais, Ariovaldo e Ana Lúcia, e aos meus irmãos, Rafael e Júlia, por serem sempre meu refúgio e fonte de amor. Por acreditarem no meu potencial e por me mostrarem, diariamente, o quanto sou forte e batalho para alcançar meus objetivos. Amo vocês!

Ao meu marido, Vinícius, pelo amor, companheirismo, palavras de incentivo e por estar sempre ao meu lado, apoiando-me e encorajando-me a ir em busca dos meus sonhos.

À minha família Moreira e Teixeira, pelo carinho e amor constantes. Em especial, à minha amada avó Irda, que hoje é uma estrela no céu, ao lado de Deus, olhando por mim e guiando os meus passos. Tenho certeza de que a senhora está muito orgulhosa por mais esta conquista. Te amo eternamente.

Ao meu orientador, Professor Dr. Frederico, que me acolheu com generosidade e paciência, e me guiou com sabedoria, dedicação e serenidade ao longo desta jornada acadêmica. Serei eternamente grata por cada ensinamento, cada conversa e, principalmente, por acreditar no meu potencial, mesmo diante das dificuldades. Seu apoio foi essencial para a realização deste trabalho.

À minha coorientadora, Professora Dr^a. Sordaini, por ter caminhado comigo com sensibilidade, firmeza e compromisso. Agradeço profundamente por compartilhar seu conhecimento e por cada sugestão valiosa ao longo do caminho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Neurociências da UFMG, pelo ensino de excelência e pelo apoio durante as disciplinas e toda a trajetória no doutorado, que contribuíram significativamente para minha formação acadêmica e profissional.

Minha sincera gratidão aos coordenadores de equipe, às pessoas em situação

de rua que gentilmente compartilharam suas vivências, e aos coletadores que participaram da força-tarefa de coleta de dados do censo — sua dedicação foi essencial para a realização desta pesquisa.

Em especial, agradeço à minha equipe de coleta, pelo apoio, colaboração e parceria ao longo de todo o processo. O engajamento e a leveza com que enfrentamos os desafios tornaram o trabalho mais eficiente e enriquecedor.

Ao grupo de pesquisa NAVES, minha sincera gratidão por ter sido um espaço de acolhimento, trocas ricas e crescimento intelectual. Obrigada a cada integrante por contribuir com olhares sensíveis, escuta atenta e por fazer do NAVES um espaço vivo de construção coletiva do conhecimento. Levo comigo o aprendizado e a inspiração de fazer pesquisa com compromisso ético, afeto e responsabilidade social.

Aos amigos e colegas de jornada, minha mais profunda gratidão. Cada encontro, conversa e gesto de apoio foi essencial para que eu seguisse em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Em especial, agradeço ao Lucas, à Paula e à Simone, que estiveram ao meu lado nesta caminhada acadêmica com companheirismo, generosidade e incentivo constante. Dividir essa trajetória com vocês tornou tudo mais possível e significativo.

Aos amigos de vida, que caminham comigo além da universidade — Bianca, Karla, Bárbara, Marjorie, Oldeir, Jaque, Kamila, Rose e Lucas —, obrigada por me lembrarem, sempre, quem eu sou fora dos muros da academia. Por cada palavra de encorajamento, por cada gesto de amor e por estarem presentes, mesmo à distância. Levo vocês comigo em cada conquista, pois cada um teve um papel especial na construção desta etapa.

RESUMO

A população em situação de rua enfrenta múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde, incluindo barreiras significativas no acesso à saúde bucal. Essas desigualdades impactam diretamente a qualidade de vida e o bem-estar dessas pessoas, tornando essencial a investigação de condições de saúde pouco exploradas nesse grupo, como a dor nos dentes. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de dor nos dentes na população em situação de rua no município de Belo Horizonte e investigar sua associação com fatores sociodemográficos e de saúde mental. O estudo utilizou dados do IV Censo da População em Situação de Rua (2022), sendo conduzido como uma investigação transversal, de base censitária, entre os dias 19 e 21 de outubro de 2022, das 9h às 23h59. A coleta foi realizada por meio da aplicação digital de questionários estruturados em tablets com geolocalização, utilizando o aplicativo Survey. Participaram indivíduos com 18 anos ou mais, em situação de rua ou residentes em domicílios improvisados, conforme definição do IBGE. As equipes de campo foram formadas por coordenadores, entrevistadores e pesquisadores pares treinados. O questionário abordou variáveis sociodemográficas, condições de saúde e acesso a serviços públicos. A dor nos dentes foi mensurada por autorrelato. A análise dos dados foi realizada no SPSS 26.0, utilizando estatísticas descritivas, testes de associação (Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher) e regressão logística para variáveis com $p < 0,2$, com o objetivo de estimar razões de chances (OR) ajustadas. Foram analisados 2.365 indivíduos, dos quais 33,8% relataram dor nos dentes. A prevalência foi maior entre mulheres, pessoas com filhos e indivíduos com condições de saúde específicas, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (55,8%) e HIV/AIDS (58,6%) ($p < 0,000$). A regressão logística demonstrou que antecedentes de violência doméstica (OR = 2,57), internação psiquiátrica (OR = 1,74) e transtorno depressivo (OR = 2,06) aumentaram significativamente a probabilidade de relatar dor nos dentes. Indivíduos com ISTs e HIV/AIDS apresentaram risco 2,73 e 4,79 vezes maior, respectivamente. Em contrapartida, um bom estado geral de saúde foi identificado como fator protetor, reduzindo em 48,8% a chance de ocorrência de dor nos dentes (OR = 0,51; $p = 0,015$).

Os achados evidenciam uma alta prevalência de dor nos dentes entre pessoas em situação de rua, associada a condições de saúde e vulnerabilidades sociais. O fortalecimento das políticas públicas de saúde bucal e da articulação intersetorial é essencial para mitigar essas desigualdades e garantir um cuidado acessível e integrado a essa população.

Palavras-Chave: vulnerabilidade social; pessoas em situação de rua; saúde bucal; dor nos dentes; saúde mental; pesquisa censitária.

ABSTRACT

The homeless population faces multiple social, economic, and health-related vulnerabilities, including significant barriers to accessing oral healthcare. These disparities directly impact the quality of life and overall well-being of this population, making it essential to investigate underexplored health conditions such as tooth pain. This study aimed to assess the prevalence of tooth pain among individuals experiencing homelessness in the city of Belo Horizonte and to investigate its association with sociodemographic and mental health factors. The study utilized data from the IV Census of the Homeless Population (2022) and was conducted as a cross-sectional, census-based investigation between October 19 and 21, 2022, from 9:00 a.m. to 11:59 p.m. Data collection was carried out through the digital administration of structured questionnaires on geolocated tablets using the Survey application. Participants included individuals aged 18 years or older, either homeless or residing in improvised dwellings, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) definition. Field teams were composed of trained coordinators, interviewers, and peer researchers. The questionnaire addressed sociodemographic variables, health conditions, and access to public services. Tooth pain was measured through self-report. Data were analyzed using SPSS version 26.0, employing descriptive statistics, association tests (Pearson's Chi-square or Fisher's exact test), and logistic regression for variables with $p < 0.2$, aiming to estimate adjusted odds ratios (ORs). A total of 2,365 individuals were analyzed, of whom 33.8% reported experiencing tooth pain. Prevalence was higher among women, individuals with children, and those with specific health conditions such as sexually transmitted infections (STIs) (55.8%) and HIV/AIDS (58.6%) ($p < 0.000$). Logistic regression analysis revealed that a history of domestic violence (OR = 2.57), psychiatric hospitalization (OR = 1.74), and depressive disorder (OR = 2.06) significantly increased the likelihood of reporting tooth pain. Individuals with STIs and HIV/AIDS had 2.73 and 4.79 times higher risk, respectively. Conversely, good overall health status was identified as a protective factor, reducing the likelihood of experiencing tooth pain by 48.8% (OR = 0.51; $p = 0.015$). The findings indicate a high prevalence of tooth pain among people experiencing homelessness, strongly associated with health conditions and social vulnerabilities. Strengthening public oral health policies

and intersectoral collaboration is crucial to addressing these disparities and ensuring accessible, integrated care for this population.

Keywords: social vulnerability; homeless individuals; oral health; dental pain, mental health; census research.

LISTA DE FIGURA

| | |
|---|----|
| Figura: Fluxo de indivíduos em situação de rua no 4º Censo de Belo Horizonte, 2022..... | 48 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Fatores Sociodemográficos, Econômicos e de Saúde Associados à Dor de Dente na População em Situação de Rua..... | 49 |
| Tabela 2: Modelo de Regressão Logística Múltipla para as Chances de Dor de Dente..... | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AGEs: Produtos de Glicação Avançada

C.A.A.E.: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

EH: Experiência de Estar em Situação de Rua

GBD: Global Burden of Disease

HIV/AIDS: Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IASP: International Association for the Study of Pain

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IL: Interleucina

NAVES-UFMG: Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidades e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais

NGOs: non-governmental organizations

OMS: Organização Mundial da Saúde

OR: Odds Ratio

PCR: Proteína C-Reativa

PEH: Pessoas em Situação de Rua

4PEHC: Fourth Belo Horizonte Homeless Population Census

PSR: População em situação de rua

QVRSB: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal QVRSB

SB BRASIL: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Brasil

SMASAC: Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

SEAS: Serviço Especializado em Abordagem Social

SPSS: Statistical Package for Social Science

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNF- α : Fator de Necrose Tumoral Alfa

UFMG: Faculdade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 18 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 21 |
| 2.1 Determinantes Sociais, Saúde Bucal e Qualidade de Vida..... | 21 |
| 2.2 Saúde bucal associada às doenças sistêmicas e neuropsiquiátricas..... | 23 |
| 2.2.1 Doenças cardiovasculares e metabólicas..... | 23 |
| 2.2.2 Doenças neurodegenerativas, autoimunes e respiratórias..... | 23 |
| 2.2.3 Saúde bucal e transtornos mentais..... | 24 |
| 2.3 Conceito Ampliado de Vulnerabilidade e suas Dimensões..... | 25 |
| 2.4 A População em Situação de Rua: expressão extrema da vulnerabilidade social e estrutural..... | 27 |
| 2.5 A saúde bucal da população em situação de rua: desigualdades, perdas e impactos ao longo do ciclo de vida..... | 29 |
| 3. HIPÓTESE | 32 |
| 4. OBJETIVOS | 33 |
| 5. METODOLOGIA | |
| 5.1 Área de estudo..... | 34 |
| 5.2 Amostra..... | 34 |
| 5.2.1 Critérios de inclusão..... | 34 |
| 5.2.2 Critérios de exclusão..... | 35 |
| 5.3 Questões éticas..... | 35 |
| 5.4 Seleção e treinamento da equipe de coleta de dados..... | 35 |
| 5.5 Mapeamento e caracterização dos pontos de coleta..... | 36 |
| 5.6 Coleta de dados..... | 36 |
| 5.7 Questionário..... | 37 |
| 5.8 Saúde bucal..... | 38 |
| 5.9 Variáveis..... | 39 |
| 5.10 Análise de dados..... | 40 |

| | |
|---|-----|
| 6. RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO | 41 |
| 6.1 ARTIGO: <i>Tooth Pain, Social Vulnerability, and Health Inequities Among Homeless Individuals: A Census-Based Study</i> | 42 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| 8. REFERÊNCIAS GERAIS | 66 |
| APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido..... | 78 |
| APÊNDICE B - Questionário Censo População Em Situação De Rua De Belo Horizonte - MG 2022..... | 80 |
| ANEXO A - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa da UFMG | 108 |

1 INTRODUÇÃO

A vida em situação de rua representa uma condição de extrema vulnerabilidade, caracterizada pela ausência de direitos fundamentais como moradia, alimentação adequada e cuidados de saúde (AYRES, 2003). Esta realidade pode ser compreendida à luz dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), segundo o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que demonstra como fatores estruturais e individuais moldam o estado de saúde dos indivíduos. A população em situação de rua (PSR) ocupa a posição mais desfavorável neste modelo, submetida a condições de extrema precariedade, exclusão das redes de suporte social, pobreza extrema e barreiras socioeconômicas que impactam profundamente sua saúde geral e bucal (DAHLGREN & WHITEHEAD, 1991; AYRES, 2003).

Neste cenário de grandes precariedades, a saúde bucal surge como um importante marcador de desigualdade social. A falta de acesso a higiene básica, água potável, alimentação balanceada e serviços odontológicos regulares compromete a saúde bucal dessa população, levando a presença de cárie, doença periodontal e perda dos dentes (PETERSEN, 2003; PERES, 2019). Essas condições não apenas comprometem funções fisiológicas essenciais, como mastigação e fala, mas também influenciam a autoestima e as relações sociais, dificultando a reintegração social e profissional das pessoas em situação de rua (LAWDER, 2019; FREIRE, 2022).

A compreensão da saúde bucal na PSR requer um entendimento aprofundado do conceito de vulnerabilidade que segundo Ayres (2003), vai além da simples exposição a riscos. Envolve a interação entre elementos individuais, sociais e programáticos que limitam ou potencializam a capacidade de enfrentamento diante das adversidades. Fatores como a ruptura de vínculos familiares, a ausência de moradia e oportunidades econômicas, e a fragilidade do capital social colaboram para o agravamento dessa situação (GARCIA & COSTA, 2016).

Além dos aspectos estruturais, há uma relação direta entre saúde bucal e doenças sistêmicas, como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (NAZIR, 2017; GRAZIANI, 2018). Pessoas com dor crônica, perda dentária ou infecções

buciais enfrentam dificuldades adicionais para manter vínculos sociais, acessar serviços básicos ou ingressar no mercado de trabalho, perpetuando um ciclo de exclusão e miséria (FAZEL, 2014; LAWDER, 2019).

A dor nos dentes é especialmente relevante nesse contexto, configurando-se como uma das condições dentárias mais comuns e incapacitantes. A International Association for the Study of Pain (IASP, 2011), indica que a dor crônica relacionada a cárie não tratada ou doença periodontal tem impactos físicos e emocionais importantes e está associada a um aumento do risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e transtornos de ansiedade (KISELY, 2011; KERSSSENS, 2019). Essa associação é potencializada pela utilização de substâncias psicoativas, consumidas com frequência pela PSR como forma de enfrentamento da realidade adversa, que, contudo, agrava ainda mais o quadro geral de saúde física e mental destas pessoas (MARQUES, 2015; PEITER, 2019; ARMOON, 2023). O consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas está diretamente relacionado à deterioração da saúde bucal, maior risco de infecções e menor adesão aos tratamentos de saúde (SORDI, 2017; BRATU, 2023).

Um estudo realizado no Brasil indica que 81,9% da PSR relataram sofrer impactos negativos da saúde bucal. Este valor é significativamente superior aos observados na população geral, tanto em adultos (51,3%) quanto em idosos (55,3%) (LAWDER, 2019; BRASIL, 2024). Esses impactos referem-se a dores constantes, dificuldade para se alimentar, dormir ou falar, constrangimento estético e social, além de prejuízos à autoestima e ao bem-estar psicológico. Tais limitações afetam diretamente a qualidade de vida e contribuem para o agravamento de condições clínicas e psicossociais já presentes (BRASIL, 2024). Esses dados evidenciam desigualdades estruturais profundas e a negligência histórica na abordagem das necessidades odontológicas dessa população.

Apesar da relevância do tema, são escassas as investigações odontológicas em amostras de grande tamanho e representativas da PSR que avaliaram a prevalência de dor nos dentes e suas associações com fatores sociodemográficos e transtornos mentais. Estudos anteriores geralmente se baseiam em amostragens pequenas, restritas a uma pequena região de uma metrópole, ou em análises

retrospectivas, o que restringe a compreensão aprofundada da realidade vivenciada por essa população.

Neste contexto, o presente estudo representa um avanço, ao realizar uma avaliação censitária da PSR no município de Belo Horizonte. Por meio de um levantamento em larga escala, esta pesquisa, avaliou a prevalência de dor nos dentes na população em situação de rua no município de Belo Horizonte e investigou sua associação com fatores sociodemográficos e de saúde mental. Trata-se de um esforço inédito de caracterização abrangente, que permite não apenas dimensionar o problema, mas também aprofundar o entendimento das múltiplas vulnerabilidades que afetam a saúde bucal da PSR, em interação com transtornos psiquiátricos.

A estrutura desta tese segue uma abordagem crítica e integrativa. Inicialmente, revisamos a literatura disponível sobre o tema, abordando os temas centrais: saúde bucal, vulnerabilidade social e os determinantes de saúde que afetam a população em situação de rua. Descrevemos detalhadamente os métodos e instrumentos de coleta e análise de dados, seguidos pela apresentação dos principais resultados em formato de artigo científico, destacando as implicações para a saúde pública. Por fim, discutimos de forma mais aprofundada, abordando as limitações do estudo, as implicações dos achados e as perspectivas para políticas públicas e intervenções voltadas à redução das desigualdades e à promoção da equidade em saúde.

É fundamental reconhecer que as condições precárias vividas pela PSR demandam intervenções baseadas em evidências para reverter o ciclo de marginalização e sofrimento. A compreensão das complexas interações entre saúde bucal e fatores socioeconômicos é essencial para garantir a implementação de políticas eficazes, capazes de transformar vidas e promover dignidade e inclusão social.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Determinantes Sociais, Saúde Bucal e Qualidade de Vida

A compreensão do conceito de saúde passou por significativas transformações ao longo do tempo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, definiu a saúde “*como um estado de completo bem-estar físico, mental e social*”, e não apenas a ausência de doenças, permanece como um marco conceitual importante (OMS, 1946). Entretanto, estudos mais recentes apontam para a necessidade de uma abordagem ampliada, reconhecendo a saúde como um fenômeno complexo, dinâmico e multifatorial, condicionado por fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais (MARMOT, 2008; SOLAR; IRWIN, 2010).

Nessa perspectiva, destaca-se o modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Esse modelo organiza graficamente as camadas que influenciam a saúde dos indivíduos, partindo de características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos. Em seguida, contempla os estilos de vida, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho, e finaliza nos contextos socioeconômicos, culturais e ambientais mais amplos. Ao evidenciar a influência de fatores estruturais e individuais, esse modelo reforça a necessidade de intervenções articuladas em múltiplos níveis e de políticas públicas capazes de mitigar desigualdades e promover uma saúde equitativa (DAHLGREN & WHITEHEAD, 1991).

Além disso, a literatura enfatiza que a saúde deve ser entendida como um direito fundamental, cuja garantia depende da formulação e implementação de políticas públicas efetivas, da alocação equitativa de recursos e da articulação entre diferentes setores da sociedade (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). O conceito contemporâneo de saúde, portanto, ultrapassa o modelo biomédico tradicional,

integrando abordagens interdisciplinares voltadas à promoção da equidade, da justiça social e da redução das vulnerabilidades.

No campo da saúde bucal, é amplamente reconhecido que ela constitui uma dimensão indissociável da saúde geral. Não se pode conceber um cuidado integral sem considerar a boca — estrutura presente em todos os indivíduos e essencial para funções vitais e relacionais. A saúde bucal vai além da simples ausência de doenças; ela abrange o pleno funcionamento das estruturas orais, o conforto, a estética, e a capacidade de mastigar, falar e socializar sem limitações ou constrangimentos (PETERSEN, 2003; PERES, 2019). Comprometimentos nessa área podem gerar impactos expressivos na alimentação, na interação social, na autoestima e até no desempenho profissional. Para além dos efeitos individuais, as doenças bucais impõem um ônus econômico e social significativo, prejudicando a produtividade, o rendimento escolar e o bem-estar coletivo — fatores que justificam sua inclusão como prioridade nas políticas públicas de saúde (PERES, 2019).

Nesse contexto, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) vem sendo amplamente discutida na literatura científica como um importante indicador capaz de mensurar o impacto das condições bucais sobre o bem-estar físico, psicológico e social (SLADE, 1997; SISCHO & BRODER, 2011). Ao contrário dos indicadores estritamente clínicos, a QVRSB valoriza a percepção do próprio indivíduo acerca de como sua saúde bucal interfere na sua rotina diária, abrangendo aspectos funcionais, emocionais e sociais. Essa abordagem contribui para um entendimento mais abrangente e humanizado dos efeitos das doenças bucais e direciona o desenvolvimento de políticas públicas orientadas não apenas à prevenção e ao tratamento, mas também à promoção do bem-estar integral e da qualidade de vida.

Nesse sentido, compreender os determinantes da saúde bucal e seu impacto sobre a qualidade de vida não apenas contribui para a formulação de estratégias mais eficazes em saúde coletiva, mas também subsidia pesquisas científicas voltadas à redução das iniquidades e à promoção do desenvolvimento humano sustentável.

2.2 Saúde bucal associada às doenças sistêmicas e neuropsiquiátricas

2.2.1 Doenças cardiovasculares e metabólicas

A cavidade bucal abriga um ecossistema complexo e dinâmico, formado por mais de 700 espécies bacterianas que, em equilíbrio, cumprem funções protetoras essenciais (HORDER, 1909; AVILA, 2009). Entretanto, consumo excessivo de açúcares, alterações de pH, higiene deficiente e outros fatores podem romper essa estabilidade, provocando disbiose — proliferação de bactérias patogênicas aeróbicas e anaeróbicas gram-negativas, responsáveis por inflamação, cárie dentária e doença periodontal (ZAURA, 2014). A proximidade entre biofilme e tecidos periodontais profundos torna-os reservatório de lipopolissacarídeos que alcançam a circulação sistêmica, elevam citocinas como IL-1, IL-6, TNF- α e PCR e contribuem para disfunção endotelial, aterogênese e eventos cardiovasculares (SANZ, 2020; DIETRICH, 2013; SEN, 2018).

Entre as associações mais sólidas destaca-se o vínculo bidirecional periodontite–diabetes: meta-análises demonstram que diabéticos são mais suscetíveis à periodontite e que a inflamação periodontal, alimentada por produtos finais de glicação avançada, dificulta o controle glicêmico (SANTOS, 2015; MOLINA, 2016; SCHMIDT, 1996; STÖHR, 2021; SHEN, 2024). Tratamento periodontal reduz marcadores inflamatórios sistêmicos e melhora a hemoglobina glicada (KUDIYIRICKAL, 2015; STÖHR, 2021).

2.2.2 Doenças neurodegenerativas, autoimunes e respiratórias

Avanços em microbiologia e neurociência revelam o papel da disbiose oral na fisiopatologia de doenças neurodegenerativas. Estudos longitudinais mostram que periodontite acelera o declínio cognitivo; em coorte italiana, a doença periodontal na linha de base multiplicou por seis a velocidade do déficit em seis meses (BORSA, 2021). Revisões reforçam a ligação entre periodontite e doença de Alzheimer, hipótese sustentada pela detecção de *Porphyromonas gingivalis* em placas neuríticas (RYDER, 2021; ASHRAF, 2019; RANJAN, 2021).

Inflamação periodontal também agrava condições autoimunes, como artrite reumatoide, por mimetismo molecular entre antígenos de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e proteínas articulares (GRAZIANI, 2018). Em âmbito respiratório, a aspiração de patógenos orais favorece pneumonia em hospitalizados, idosos e imunocomprometidos (GOMES-FILHO, 2020). Esses achados reiteram que a saúde bucal integra o estado geral de saúde, influi na qualidade de vida e repercute no curso de doenças crônicas (GRAZIANI, 2018; NAZIR, 2017).

2.2.3 Saúde bucal e transtornos mentais

Cada vez mais a literatura reconhece que transtornos mentais — depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar — e agravos bucais formam um ciclo de vulnerabilidade bidirecional. Meta-análise com 47 estudos e cerca de 1,2 milhão de participantes revelou que indivíduos com sintomas depressivos têm probabilidades significativamente maiores de perda dentária, dor oral e limitação mastigatória (KARIMI; ASHRAFIAN; HOSSEINI; GHALIBAFI; GHSAN, 2025). Análise do NHANES 2015-2018 mostrou que depressão moderada a grave aumenta em 25 % o risco de cárie radicular não tratada, independentemente de renda e hábitos de higiene (XIE; SHI; HE, 2024).

Do ponto de vista psicossocial, revisão sistemática com 14 419 participantes demonstrou correlações significativas entre piores escores de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e maiores níveis de depressão ($z = 0,26$) e ansiedade ($z = 0,22$), indicando que mesmo perdas funcionais discretas repercutem na autoimagem e no bem-estar emocional (ALIMORADI; GHANIMI; SADER; MOUSSAVI; KHOSHNEVIS, 2024).

No âmbito dos transtornos mentais graves, estudo de randomização mendeliana bidirecional ($n = 474\ 637$) identificou efeito causal — ainda que discreto — da esquizofrenia sobre doença periodontal e sinal inverso semelhante, sugerindo vias inflamatórias partilhadas (CAO; WU; WANG P.; ZHANG; WANG S., 2024). Pacientes esquizofrênicos perdem, em média, quatro dentes a mais que controles e apresentam maior índice de placa e gengivite (KUIPERS; BOONSTRA; KRONENBERG; KEUNING-PLANTINGA; CASTELEIN, 2021).

Os mecanismos dessa interseção são múltiplos: autonegligência, dietas ricas em açúcar, tabagismo e consumo de álcool; ativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com elevação de cortisol e modulação imune; e efeitos iatrogênicos dos psicofármacos. Revisão de 62 ensaios mostrou xerostomia em 55 % dos usuários de antidepressivos tricíclicos, 32 % dos que utilizam ISRS e 28 % dos tratados com antipsicóticos de segunda geração, o que potencializa cárie, candidíase e doença periodontal (TEOH; SAN; LOW; LEE; FOO, 2023).

O impacto é ainda maior em populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, nas quais prevalecem transtornos mentais, uso de substâncias e perda dentária extensiva. Programas integrados que unem triagem odontológica a serviços de saúde mental, distribuição de kits de higiene e capacitação de equipes multiprofissionais reduziram em até 40 % a incidência de cárie ativa após seis meses (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2019; KUIPERS; BOONSTRA; KRONENBERG; KEUNING-PLANTINGA; CASTELEIN, 2021).

Em síntese, estudos epidemiológicos, genéticos e experimentais convergem para mostrar que saúde mental e saúde bucal se reforçam negativamente. Protocolos preventivos, monitoramento de efeitos farmacológicos, educação em saúde e fluxos de referência bidirecionais entre odontologia e atenção psicossocial são essenciais para romper o ciclo que vincula boca e mente, sobretudo em contextos de pobreza, estigma e exclusão.

2.3 Conceito Ampliado de Vulnerabilidade e suas Dimensões

A vulnerabilidade é um conceito central e multidimensional nas ciências sociais, na saúde pública e na filosofia. Por vulnerabilidade, entende-se a relação entre a exposição a riscos e a limitação de recursos e estratégias para enfrentá-los (CASTEL, 1998; AYRES, 2003). Trata-se de um fenômeno dinâmico e historicamente construído, marcado por desigualdades estruturais e pela capacidade — ou ausência dela — dos indivíduos e grupos acessarem redes de proteção e dispositivos institucionais (AYRES, 2003).

A proposta teórica de Ayres et al. (2003) contribui significativamente para a compreensão da vulnerabilidade, ao destacar três dimensões interligadas: individual, social e programática.

A dimensão individual envolve características biológicas, psicológicas e comportamentais que afetam a saúde e a capacidade de resposta frente a agravos.

A dimensão social está relacionada aos fatores socioeconômicos, culturais e históricos que influenciam a exposição a riscos e o acesso desigual a oportunidades.

Já a dimensão programática abrange a presença ou ausência de políticas públicas efetivas, serviços de saúde, assistência social e educação que possam atuar como elementos protetores.

Essa concepção de vulnerabilidade transcende o enfoque biomédico, considerando a capacidade dos sujeitos de interagir com contextos e acessar redes de apoio. Estudos como Castel (1998) e Butler (2004) reforçam essa perspectiva, evidenciando que a vulnerabilidade não é apenas a ausência de proteção, mas um fenômeno relacional e político, que reflete a forma como as estruturas sociais lidam com a diversidade e a desigualdade (CASTEL, 1998; BUTLER, 2004).

Grupos sociais diversos enfrentam diferentes graus de vulnerabilidade. Mulheres em situação de violência doméstica, por exemplo, enfrentam riscos físicos imediatos, somados a impactos psicológicos e dificuldades de inserção no mercado de trabalho (DAOUD, 2016). Pessoas negras e pardas, por sua vez, sofrem vulnerabilidades cumulativas devido à discriminação racial estrutural, que limita seu acesso à educação, renda, moradia digna e serviços de saúde (CARNEIRO, 2019; IPEA, 2020).

Comunidades indígenas enfrentam vulnerabilidade territorial e cultural, muitas vezes agravada pela omissão do Estado na proteção de seus direitos (SOUZA, 2021). Pessoas com deficiência, apesar das garantias legais, ainda encontram barreiras programáticas e culturais que limitam sua plena participação social (FREITAS, 2022).

Por fim, migrantes e refugiados vivem situações de vulnerabilidade multifatorial, incluindo xenofobia, dificuldades linguísticas, falta de acesso a serviços de saúde e exploração no trabalho (ACNUR, 2022). Todas essas expressões reforçam que a vulnerabilidade é interseccional e acumulativa, exigindo respostas institucionais integradas, sensíveis às trajetórias individuais e coletivas.

Compreender a vulnerabilidade sob essa ótica ampliada é essencial para o desenho de políticas públicas que promovam a equidade. Não se trata apenas de corrigir desigualdades pontuais, mas de transformar estruturas sociais que produzem e reproduzem exclusão, precariedade e injustiça.

2.4 A População em Situação de Rua: expressão extrema da vulnerabilidade social e estrutural

A PSR representa uma das expressões mais visíveis e alarmantes da vulnerabilidade social contemporânea. Esse grupo é formado por pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e sustento, de maneira permanente ou temporária, encontrando-se em logradouros públicos, edificações abandonadas, áreas degradadas ou abrigos temporários (BRASIL, 2009). Trata-se de um fenômeno social complexo e crescente, resultado da interação de fatores estruturais, econômicos, políticos, familiares e de saúde (OMS, 2020).

Estima-se que cerca de 150 milhões de pessoas vivam em situação de rua no mundo (OMS, 2020), enfrentando condições que comprometem severamente sua saúde física e mental. A exclusão do mercado de trabalho formal, a falta de acesso a políticas públicas, a insegurança alimentar e a exposição constante à violência e discriminação intensificam esse quadro (HWANG, 2010; FITZPATRICK, 2018). Os efeitos da ausência de moradia vão muito além da privação material, representando um risco significativo de mortalidade precoce. Em países de alta renda, a idade média de morte entre pessoas em situação de rua varia entre 50 e 65 anos, classificando-as como idosos prematuros (BAGGETT, 2013; FAZEL, 2014). Nos países de baixa e média renda, essa expectativa de vida tende a ser ainda menor (RONCARATI, 2018).

O perfil da PSR é diverso, composto por homens, mulheres, jovens, idosos, famílias inteiras e pessoas com doenças crônicas, transtornos mentais graves e

dependência de substâncias psicoativas (LEWER, 2019; FURTADO E OLIVEIRA, 2020). Fatores como pobreza extrema, desemprego, rupturas familiares, ausência de suporte social após saída do sistema prisional e carência de políticas habitacionais sustentáveis contribuem para a ampliação desse fenômeno (NOBRE, 2021; FIGUEIREDO, 2021).

Um aspecto central frequentemente invisibilizado na composição da PSR é o papel do racismo estrutural. Dados do Censo da População em Situação de Rua de São Paulo (2021) indicam que 66,5% dessas pessoas são negras ou pardas (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2022). Esse recorte racial evidencia um processo histórico e contínuo de exclusão, no qual desigualdades no acesso à educação, emprego e moradia colocam a população negra em maior risco de marginalização (CARNEIRO, 2019; SILVA, 2020). Pessoas negras enfrentam maiores dificuldades de inserção no mercado formal, maior exposição à violência institucional e são as mais afetadas por crises econômicas e cortes em políticas públicas (IPEA, 2020).

A pandemia de COVID-19 aprofundou essas desigualdades. O estudo de Rojas (2021) demonstra que as medidas de distanciamento social, o fechamento de serviços assistenciais e a crise econômica atingiram desproporcionalmente pessoas negras, mulheres e trabalhadores informais, agravando ainda mais a vulnerabilidade pré-existente (ROJAS, 2021). O impacto foi duplo: aumento do desemprego e redução das redes de proteção social, resultando no crescimento da PSR e na intensificação das desigualdades raciais nas ruas (NOBRE, 2021; BARROSO, 2022).

Enquanto parte significativa da população teve acesso a auxílios emergenciais e redes de apoio, a PSR permaneceu à margem dessas políticas. Obstáculos burocráticos, como a exigência de documentação formal, o fechamento de centros de acolhimento e o desmonte de políticas habitacionais, restringiram ainda mais o acesso a direitos básicos, perpetuando um ciclo de exclusão (ROJAS, 2021).

Além dessas questões estruturais, a violência institucional e o estigma social afetam diretamente o acesso da PSR a serviços públicos. Relatos de discriminação e tratamento desrespeitoso nos serviços de saúde afastam essas pessoas do

cuidado necessário, agravando problemas físicos, mentais e bucais (GOMES, 2021).

2.5 A saúde bucal da população em situação de rua: desigualdades, perdas e impactos ao longo do ciclo de vida

A saúde bucal desempenha um papel fundamental na qualidade de vida, influenciando aspectos físicos, emocionais e sociais que vão além das limitações funcionais ou do desconforto físico (LOCKER, 2011; SU, 2021). Complicações como a cárie, a doença periodontal e a perda dentária comprometem não apenas a função mastigatória, mas também a estética, a autoestima e as relações interpessoais, podendo contribuir para quadros de ansiedade e depressão (MONTES, 2001; RUIZ, 2014). Esses impactos são ainda mais evidentes em populações socialmente vulneráveis, como a PSR, que enfrentam múltiplas barreiras para acesso a serviços odontológicos regulares e preventivos (BAGGETT, 2010; FREITAS, 2022; LIONE, 2024).

Estudos internacionais e nacionais revelam um quadro alarmante da saúde bucal nessa população. Pesquisa realizada por Lione (2024) na Itália constatou que 63% dos participantes apresentavam condições bucais graves, incluindo dor nos dentes (52,2%), cárie ativa (19,1%), gengivite (73,2%) e periodontite (21,6%). De forma semelhante, estudos nos Estados Unidos indicam que entre 41% e 63% das pessoas em situação de rua têm necessidades odontológicas não atendidas (FAZEL, 2014). No Brasil, Freitas (2022) apontou que 68,9% dos entrevistados em Goiânia declararam insatisfação com sua saúde bucal, sendo que 49,7% relataram dor nos dentes recente e 43,8% indicaram necessidade de substituição de próteses (FREITAS, 2022).

Problemas bucais não tratáveis e crônicos afetam diretamente o bem-estar físico e psicológico, prejudicando a alimentação, a comunicação e as interações sociais (CORRIGAN, 2015; LAWDER, 2019). Esses impactos são agravados em indivíduos com doenças mentais e dependência de substâncias psicoativas, comuns na PSR, que intensificam o ciclo de negligência e agravam a deterioração da saúde bucal (CORRIGAN, 2015).

A cárie dentária, a condição bucal mais prevalente no mundo, afeta mais de 34% da população mundial (MARCENES, 2013; KASSEBAUM, 2017; OMS, 2024). No Brasil, o último levantamento SB Brasil 2024 revelou prevalência de cárie não tratada em 43,6% das crianças até 5 anos, 38,4% aos 12 anos, 47,3% entre 15 e 19 anos, 53,9% de 33 a 44 anos e 26,9% na faixa de 65 a 74 anos. Essa doença afeta todas as idades e sua presença está associada a fatores como dieta rica em açúcares, higiene bucal inadequada e condições socioeconômicas desfavoráveis (AZEVEDO, 2014; CORRÊA-FARIA, 2016).

Na infância, a cárie pode comprometer o crescimento, a alimentação e o desempenho escolar, além de influenciar negativamente a autoestima e a socialização (PETERSEN & OGAWA, 2012). Entre adolescentes, mudanças hormonais e comportamentais podem agravar quadros de cárie e doença periodontal, impactando a saúde bucal de forma significativa (DYE, 2017). Em adultos, a cárie não tratada contribui para perdas dentárias, com consequências sobre a mastigação, nutrição, estética e autoestima (SELWITZ, 2007; KASSEBAUM, 2017). Nos idosos, a combinação de fragilidade dental, uso frequente de medicamentos e xerostomia agrava o risco de cárie e perda dentária, impactando diretamente a qualidade de vida (MOYNIHAN & PETERSEN, 2004).

Além da cárie, a periodontite figura como uma das doenças bucais mais prevalentes e impactantes globalmente, afetando entre 20% e 50% da população mundial (SANZ, 2010; GBD, 2017; OMS, 2024). A resposta inflamatória crônica desencadeada por patógenos periodontais leva à destruição dos tecidos de suporte dentário, resultando em perda dentária e comprometimento da função mastigatória e da estética (TONETTI, 2017; KURGAN, 2018). Esses fatores são agravados em pessoas com diabetes mellitus e fumantes, que apresentam maior risco para a progressão da periodontite (KURGAN, 2018).

O edentulismo, resultado cumulativo da cárie dentária e das doenças periodontais, representa um problema grave que afeta não apenas a função fisiológica da mastigação e fala, mas também tem consequências psicossociais importantes, como isolamento social, baixa autoestima e depressão (ROGERS, 2020). Esse quadro é frequentemente observado na PSR, onde o acesso restrito

aos serviços odontológicos impede a realização de tratamentos conservadores e preventivos, levando a extrações como única forma de alívio da dor nos dentes.

Portanto, a saúde bucal — e sua perda progressiva — ao longo das diferentes fases da vida tem um impacto desproporcional sobre populações vulneráveis como a PSR. A ausência de intervenções preventivas, combinada a fatores estruturais e socioeconômicos, contribui para o agravamento do quadro e exige políticas públicas integradas e específicas para reverter esse ciclo de negligência e exclusão.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de dor nos dentes na população em situação de rua no município de Belo Horizonte e investigar sua associação com fatores sociodemográficos e de saúde mental.

3 HIPÓTESE

- I. Há uma associação entre estar em situação de rua e a prevalência de problemas dentários.
- II. Existe uma associação entre saúde mental e dor dentária na população em situação de rua.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de dor nos dentes na população em situação de rua no município de Belo Horizonte e investigar sua associação com fatores sociodemográficos e de saúde mental.

Objetivos específicos:

- I. Verificar a relação entre a condição de estar em situação de rua e a prevalência de problemas dentários.
- II. Investigar a associação entre dor nos dentes e transtornos mentais na população em situação de rua.

5. METODOLOGIA

5.1 Área de estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. A iniciativa integra o Censo da População em Situação de Rua do município, coordenado pelo Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidades e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (NAVES-UFMG), em parceria com a Prefeitura de Belo Horizonte. A presente pesquisa constitui uma análise específica dentro desse censo mais amplo, com foco em aspectos relacionados à saúde bucal e sua interface com fatores sociodemográficos e de saúde mental (GARCIA, 2023).

5.2 Amostra

Trata-se de uma análise *ad hoc* de um estudo transversal do tipo *survey*, de base censitária, voltado à população em situação de rua da cidade de Belo Horizonte. O censo mapeou os locais, horários e fluxos de circulação dos indivíduos, com o objetivo de construir roteiros estratégicos para a coleta de dados. A pesquisa foi conduzida em outubro de 2022, utilizando uma abordagem quantitativa com aplicação de questionário estruturado para avaliação de características sociodemográficas, socioeconômicas e condições gerais de saúde (GARCIA, 2014; IBGE, 2022; GARCIA, 2023;). Esta análise focaliza especificamente os dados relacionados à saúde bucal, extraídos do conjunto mais amplo de informações levantadas no censo.

5.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados neste estudo seguiram os parâmetros estabelecidos pelo IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (GARCIA, 2023), dos quais esta análise é parte. Foram incluídos:

- I. Indivíduos em situação de rua no município de Belo Horizonte.
- II. Idade mínima de 18 anos.
- III. Residentes em domicílios improvisados, conforme a definição do IBGE:

- Estruturas não destinadas originalmente à habitação, mas ocupadas como moradia na data da coleta.
- Exemplos: prédios em construção, estabelecimentos comerciais ou industriais adaptados, vagões de trem, carroças, tendas, barracas e grutas.

5.2.2 Critérios de exclusão

- I. Pessoas que estavam dormindo ou apresentavam sinais de intoxicação devido ao consumo de substâncias psicoativas.

5.3 Questões éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Processo C.A.A.E. 59335022.7.0000.5149). As informações dos entrevistados foram protegidas e mantidas em sigilo. Todos os participantes incluídos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após o coletador explicar os riscos, benefícios, e direito de interrupção da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicações (ANEXO A).

5.4 Seleção e treinamento da equipe de coleta de dados

Foram selecionados 24 coordenadores de equipe, todos com formação de nível superior, além de 164 entrevistadores e 24 pesquisadores pares, estes últimos sendo indivíduos com histórico de vivência nas ruas. Os coordenadores de equipe participaram de três sessões de treinamento realizadas nos dias 17 de setembro, 11 e 17 de outubro de 2022, sendo disponibilizado um manual contendo diretrizes para a abordagem da população, gestão de equipe e coleta de dados. Adicionalmente, no dia 17 de outubro de 2022, foi ministrado um treinamento teórico e prático para os entrevistadores e pesquisadores pares, na Faculdade de Medicina da UFMG. Todos os participantes receberam um manual com orientações para a abordagem da população.

5.5 Mapeamento e caracterização dos pontos de coleta

O mapeamento dos pontos de coleta foi conduzido em três etapas. Inicialmente, analisaram-se bases de dados da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), abrangendo registros de abordagens sociais realizadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) em 2021, a fim de identificar locais de concentração da população em situação de rua em Belo Horizonte.

Na segunda fase, foram realizadas entrevistas com profissionais da assistência social e de outras áreas relacionadas, com o objetivo de complementar a análise espacial e validar os pontos identificados. Foi utilizada uma abordagem de análise de atores envolvidos, permitindo o refinamento e a caracterização dos locais mapeados com a contribuição desses especialistas.

O estudo contemplou a identificação de locais, pessoas, horários e fluxos da população em situação de rua. Com base nesses dados, foram elaborados roteiros estratégicos para a coleta, os quais foram continuamente ajustados durante o processo, conforme novas demandas e desafios surgiam.

Por fim, os locais de coleta foram delimitados em colaboração com profissionais experientes, empregando simbologia predefinida para estimar o número esperado de entrevistados, os períodos mais adequados para abordagem, o nível de interação esperado e as condições de segurança. Todas as informações foram georreferenciadas em Google Maps e Google Earth, possibilitando a visualização dos pontos e a definição estratégica das rotas de coleta.

5.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre 19 e 21 de outubro de 2022, das 9h às 23h59, com o objetivo de minimizar a dupla contagem de indivíduos e ampliar a cobertura da população mapeada, reduzindo perdas na cobertura censitária (HUNGARO, 2020). O mês de outubro foi escolhido devido à baixa probabilidade de

chuvas, e o horário foi definido para garantir que os participantes estivessem acordados e aptos a responder ao questionário.

A abordagem foi realizada por contato direto, com apresentação da pesquisa e explicação do TCLE antes da aplicação do questionário. O participante foi informado sobre seu direito de desistência a qualquer momento. A coleta foi digital, utilizando tablets com o aplicativo Survey, que registrava os dados com geolocalização, garantindo maior precisão e sistematização das informações.

Além do questionário individual, o coordenador de campo registrava, para cada ponto de abordagem, dados complementares como quantidade de pessoas presentes, presença de crianças e adolescentes, número de recusas e aspectos relevantes do local. Essas informações contribuíram para a análise da dinâmica dos espaços mapeados e para a validação dos dados coletados.

5.7 Questionário

O questionário da pesquisa foi baseado nas referências das questões utilizadas nos censos anteriores sobre população em situação de rua (GARCIA, 2014) e desenvolvido pelo grupo de pesquisa NAVES em parceria com a equipe designada pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Os indivíduos responderam perguntas que abordavam questões sociais, econômicas, saúde, motivos pelos quais foram para as ruas, alimentação e utilização de programas governamentais. Foram utilizados os parâmetros do questionário proposto para a realização do censo nacional pelo IBGE (IBGE, 2022). Dessa forma, possibilitou assegurar a comparabilidade dos dados com os resultados anteriores e, quando possível, com o censo do IBGE. As questões abrangeram os objetivos propostos para a pesquisa e foram construídas utilizando uma linguagem adequada aos entrevistados (APÊNDICE B).

5.8 Saúde bucal

A avaliação da saúde bucal da população em situação de rua foi realizada por meio da pergunta objetiva e autorreferida: “*Você sente dor nos dentes?*”. Essa questão estava inserida no questionário geral utilizado no IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (GARCIA, 2023) e foi selecionada neste estudo como variável dependente para investigar a presença de dor dentária nessa população.

A escolha dessa pergunta baseou-se em sua adoção prévia na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), o que confere respaldo metodológico e permite comparações com dados nacionais. Além disso, trata-se de uma questão clara, acessível e de fácil compreensão, aspectos fundamentais quando se considera o contexto de vulnerabilidade social e as limitações logísticas da coleta de dados em ambientes abertos e dinâmicos.

Em estudos censitários de larga escala, como o realizado em uma das maiores capitais do país, a utilização de instrumentos longos ou clínicos pode inviabilizar a coleta de informações consistentes. Assim, a opção por uma pergunta única e direta permitiu abordar a temática da saúde bucal de maneira viável, sem comprometer a participação dos respondentes nem a fluidez operacional da pesquisa de campo.

A dor nos dentes é um marcador sensível e significativo de agravos bucais, frequentemente associada a cáries, abscessos e doenças periodontais. Trata-se de um indicador subjetivo, porém eficaz, para captar a percepção de sofrimento, desconforto e necessidade de atendimento odontológico, especialmente em populações com acesso limitado aos serviços de saúde. Dessa forma, a pergunta selecionada contribuiu para evidenciar uma dimensão relevante da desigualdade em saúde vivenciada por pessoas em situação de rua.

5.9 Variáveis

As variáveis utilizadas neste estudo foram classificadas em dependente e independentes, conforme os objetivos da análise.

Variável dependente

- Presença de dor nos dentes: avaliada por meio de pergunta autorreferida (“Você sente dor nos dentes?”), utilizada como indicador subjetivo de agravos bucais.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas em categorias temáticas, conforme descrito abaixo:

- Características sociodemográficas: idade, sexo, orientação sexual, cor da pele, estado civil e nível de escolaridade.
- Aspectos socioeconômicos: situação de emprego e renda mensal média.
- Motivos para o início da vivência nas ruas: principais razões declaradas para a situação de rua.
- Antecedentes institucionais: histórico de encarceramento e/ou internação prolongada.
- Condições gerais de saúde: autopercepção do estado de saúde, presença de problemas de saúde autorreferidos e uso contínuo de medicamentos.
- Doenças específicas: relato de diagnóstico médico prévio de depressão, ansiedade, hipertensão, diabetes, entre outras.
- Comportamentos relacionados à saúde: uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas), acesso a serviços públicos de saúde e participação em atividades culturais e comunitárias.

5.10 Análise de dados

Os dados foram transpostos para tabelas de Excel e submetidos a análise de inconsistências e posteriormente transferido para o programa e análise SPSS (Statistical Package for Social Science, IBM, NY) versão 26.0. para realização de análises descritivas.

Foi realizada análise descritiva dos dados coletados. A amostra foi estratificada segundo a presença ou ausência de dor nos dentes e descreveu-a assim. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foram medidas tendências centrais (média, mediana), posições (intervalo interquartil, mínimo e máximo) e variabilidades (desvio padrão). Na comparação dos grupos, utilizou-se o qui-quadrado de Pearson ou Fisher para variáveis categóricas e testes de Mann-Whitney para variáveis numéricas com distribuições diferentes da normal.

Foi realizada a associação com a presença ou não de dor nos dentes por meio do teste Qui Quadrado com pós teste de Bonferroni. Todas as variáveis com valor p inferior a 0,2 foram selecionadas para o modelo de regressão logística, por se tratar de uma resposta binária. O modelo estatístico foi reduzido até o ponto de existirem apenas variáveis com valor p inferior a 0,05.

Os gráficos foram construídos no software Prisma versão 6 (GraphPad Software, USA).

6 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Estes capítulos serão apresentados em formato de artigo científico e de acordo com as normas de publicação da Revista de Saúde Pública, Qualis A1.

6.1 ARTIGO

Tooth Pain, Social Vulnerability, and Health Inequities Among Homeless Individuals: A Census-Based Study

Tooth Pain and Inequities in the Homeless

Natália Moreira Teixeira^{1,2}, Sordaini Maria Caligiorne^{1,2,3}, Nicole Font^{1,2,3}, Amanda Iorgachov^{1,2,3}, João Gabriel Malheiros³, Frederico Garcia^{1,2,3,4}

Affiliations

1. Post Graduate Program in Neurosciences, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Brazil.
2. Department of Psychiatry, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Brazil.
3. Center for Research on Vulnerability and Health (NAVES), School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Brazil.
4. Graduate Program in Molecular Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Brazil.

Corresponding author:

Frederico Garcia

Department of Psychiatry: Research Center on Vulnerability and Health

Federal University of Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte – MG, Brazil

E-mail: fredgarcia@ufmg.br

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the prevalence of tooth pain and its correlated factors among a large homeless population in Belo Horizonte, Brazil, using data from the IV Census of the Homeless Population (2022).

Methods: A cross-sectional, census-based study was conducted, incorporating data from a structured questionnaire covering sociodemographic factors, health conditions, and access to public healthcare services. The presence of self-reported tooth pain was analyzed using descriptive statistics and logistic regression models to estimate adjusted odds ratios (ORs).

Results: Among 2,461 homeless individuals surveyed, 33.8% reported experiencing tooth pain. Prevalence was higher among women, individuals with children, and those with specific health conditions such as sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS. Logistic regression analysis revealed that antecedents of domestic violence (OR = 2.57; 95% CI = 1.12–5.92), psychiatric hospitalization (OR = 1.74; 95% CI = 1.03–2.95), and depressive disorder (OR = 2.06; 95% CI = 1.42–3.00) significantly increased the likelihood of reporting tooth pain. Conversely, good overall health status was a protective factor, reducing the probability of tooth pain by 48.8% (OR = 0.51; 95% CI = 0.30–0.88).

Conclusion: The high prevalence of tooth pain among homeless individuals underscores the need for integrated dental and mental health services. Strengthening public health policies and intersectoral collaboration is critical to addressing oral health disparities in vulnerable populations.

Keywords: Social vulnerability, homeless individuals, oral health, dental pain, mental health, census research.

INTRODUCTION

The homeless population experiences multidimensional vulnerability, including socioeconomic exclusion, limited access to healthcare, and poor oral health outcomes¹. Oral health is particularly affected by inadequate hygiene practices, lack of clean water, and restricted access to dental services^{2,3}. These barriers contribute to a cycle of marginalization, where untreated dental conditions lead to chronic pain, impair self-esteem, and hinder social reintegration⁴.

Studies suggest that homelessness is associated with a higher prevalence of dental caries, periodontal disease, and tooth loss compared to the general population^{5,6}. In Brazil, approximately 81.9% of homeless individuals report negative impacts on oral health, compared to 51.3% of adults and 55.3% of elderly individuals in the general population^{7,8}. Given the importance of oral health in overall well-being, understanding the factors associated with tooth pain in this population is essential for developing targeted public health interventions.

Ayres' expanded approach allows a more in-depth assessment of the three interrelated dimensions of the homelessness and oral health issues^{9,10}. First, the individual dimension comprises biological and behavioural factors, such as poor oral hygiene, malnutrition, and the prevalence of mental disorders, which may impair self-care¹⁰. Second, the social dimension includes determinants such as economic exclusion, broken family ties, and discrimination, all of which further decrease social resilience and restrict access to healthcare services¹. Finally the programmatic dimension refers to shortcomings in public policies and health services, which often fail to adequately meet the needs of the homeless population, perpetuating the cycle of vulnerability and deprivation⁹.

Moreover, as highlighted by the World Health Organization¹¹, social determinants of health (SDH), are determined by economic, social, and environmental factors. Extreme poverty increases exposure to oral diseases and limit or hinder access to preventive and curative care¹². Furthermore, the coexistence of malnutrition, smoking, violence, and mental disorders further exacerbates the deterioration of oral health¹³⁻¹⁵.

Tooth pain, frequently reported in this population, constitutes a dental emergency with the potential to become chronic, impacting individuals' physical and emotional well-being¹⁶⁻¹⁹. Untreated dental caries and periodontal disease result in

persistent pain, compromising quality of life and social functioning^{17,19}. Additionally, chronic pain can worsen mental disorders, such as depression, anxiety and dementia, increasing healthcare costs and demand^{20,21}. Tooth pain, as a significant oral health indicator²². It reflects major oral issues such as carious lesions and periodontal disease, serving as an efficient and comprehensive measure for assessing oral health conditions in vulnerable populations, including the homeless^{22,23}.

From a public health perspective, the relationship between oral health and overall health must be recognized, as dental problems compromise essential functions such as eating and sleeping and deepen health inequalities^{4,16,17,19,20}. The appropriate management of tooth pain and related conditions should be a priority in public policies aimed at vulnerable populations, integrating dental care with social support.

This study aimed to assess the prevalence of tooth pain among the homeless population of Belo Horizonte and investigate its associations with sociodemographic factors, mental health conditions, and systemic diseases.

METHODS

Study Design

The present study performed an *ad hoc* analysis of the census-based cross-sectional conducted to assess the size and the characteristics of the homeless population of Belo Horizonte, state of Minas Gerais Brazil, the Fourth Belo Horizonte Homeless Population Census (4PEHC).

Belo Horizonte, the capital of the state of Minas Gerais, has a population of 2.35 million within the city and 5 million in its greater metropolitan area, according to the 2022 National Census²⁴. The city is the third largest Brazilian capital. It has been a pioneer in implementing public policies to address homelessness and three previous censuses were conducted by the local public administration, in 1998, 2005 and 2013^{25,27}.

The study was approved by the UFMG Ethics Committee (CAAE 59335022.7.0000.5149). All participants signed the Free and Informed Consent

Form (TCLE), ensuring confidentiality and the freedom to withdraw from participation at any time.

Data collection took place from October 19 to 21, 2022, between 7:00 a.m. and midnight, to maximize the opportunity for interviews outside of shelters. A participatory methodology was employed, incorporating the knowledge and mediation of individuals with past experiences of homelessness. These individuals assisted in shaping the data collection strategy and worked alongside researchers to facilitate initial contact with potential participants.

Data collection sites were selected based on geographical information provided by the Municipal Office of Social Assistance, Food Security, and Citizenship (SMASAC). Locations were identified based on social interventions involving PEH over the preceding year and validated by municipal social workers, non-governmental organizations (NGOs), and PEH community leaders. The census encompassed shelters, hospitals, social assistance institutions, community restaurants, streets, slums, temporary housing, and degraded areas classified by the Brazilian Census Bureau, including abandoned buildings, stores, and factories used as provisional residences. A total of 1,344 collection sites were mapped, with each location visited at least twice during the moments when PEH were most likely to be present.

During data collection, researcher pairs introduced the study objectives and potential benefits to PEH. Trained interviewers then conducted face-to-face interviews with participants who provided informed consent.

Participants

The study included all subjects aged 18 years or older who met the definition of PEH as “a heterogeneous population group with the common characteristics of extreme poverty, broken or weak family ties, lack of regular conventional housing, and that uses public byways and degraded areas as spaces for temporary or permanent housing and subsistence, as well as overnight or temporary shelters as provisional housing”.

The study excluded subjects who were unable to provide informed consent, who presented in an inebriated state or who had observable psychiatric symptoms. The collection teams counted all the subjects in the sites where PEH were found.

Assessed parameters

The study's dependent variable 'tooth pain was assessed by self-reported question: "Do you have a toothache?", accordingly to the strategy used in the 2010's National Oral Health Survey⁸. This approach was used to decrease data collection time and provide a significant oral health indicator, considering the impossibility to perform a comprehensive oral health assessment of each participant.

Sociodemographic characteristics: Age, sex, sexual orientation, skin color, marital status, educational attainment, employment status, and average monthly income.

Homelessness trajectory: Place of origin, duration of homelessness, primary reasons for becoming homeless, history of incarceration or long-term hospitalization, and family network.

Health and well-being: Food security, self-perceived health status, medical history, medication use, and substance use.

Community engagement: Participation in cultural and associative activities.

Access to support services: Utilization of public services dedicated to assisting PEH.

Data Analysis

Descriptive statistics were performed for all variables. The sample was stratified accordingly to the presence or absence of tooth pain. The association between the presence of tooth pain and explanatory variables was evaluated using the chi-square test with Bonferroni post-hoc analysis. All variables with a p-value below 0.2 were selected for logistic regression modelling, given the binary nature of the outcome. The statistical model was refined until only variables with a p-value below 0.05 remained.

RESULTS

A total of 5,344 homeless individuals were identified, with 2,403 completed the study questionnaire (Figure 1). Only 1.5% did not respond the tooth pain question; thus the final analysis included 2,365 individuals.

Figure 1: Flow of participants in the Fourth Belo Horizonte Homeless Population Census (4PEHC)

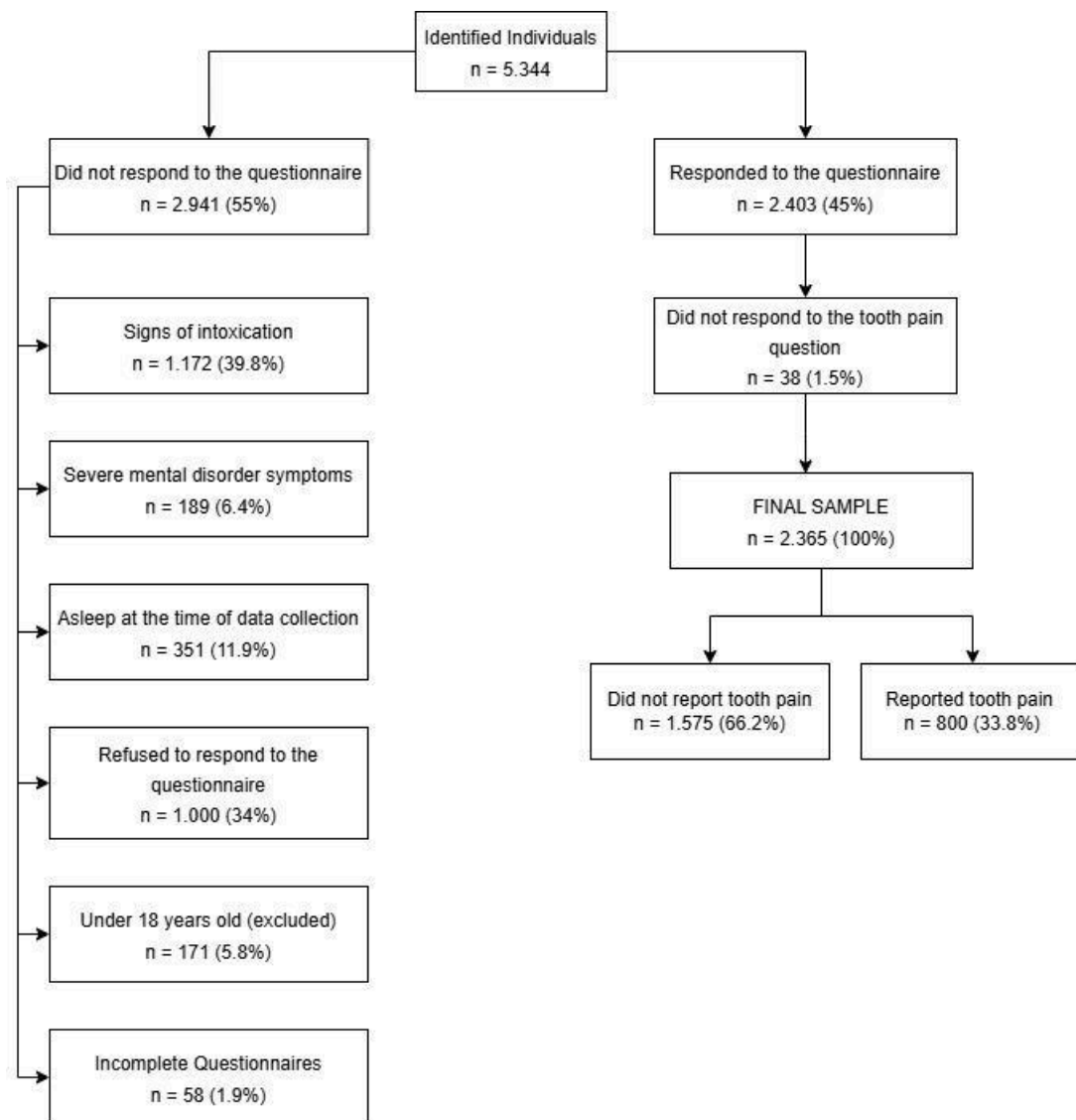


Figure. Flow of homeless individuals in the 4th Census Survey of Belo Horizonte, 2022.

Among the respondents, 800 (33,8%) reported experiencing tooth pain. Table 1 presents the univariate analysis comparing those who reported tooth pain with those who did not.

Tooth pain was statistically more prevalent in women than men, subjects aged less than 49 years old, and those with the lower levels of education. Furthermore, individuals living with a partner or children were more likely to report tooth pain. Statistically significant associations were observed between tooth pain and a history of domestic violence, psychiatric hospitalization, and incarceration (Table 1).

General and mental health conditions, except tuberculosis and hepatitis, and drug abuse were more likely to report tooth pain than individuals without these conditions (Table 1).

Table 1 – Sociodemographic, Economic, and Health Factors Associated with Toothache in the Homeless Population.

| Variable | Reported Tooth Pain | | p-value |
|--|---------------------|-------------------|--------------|
| | No (%) | Yes (%) | |
| Entire sample | 1,565 (66.2) | 800 (33.8) | 0.000 |
| Sex | | | |
| Male | 1,354 (86.5) | 636 (79.5) | 0.000 |
| Female | 211(13.5) | 164 (20.5) | |
| Age Group (years) | | | |
| 18 - 19 | 24 (1.6) | 13 (1.6) | 0.000 |
| 20 - 29 | 235 (15.2) | 140 (17.7) | |
| 30 - 39 | 387 (25) | 226 (28.6) | |
| 40 - 49 | 421 (27.2) | 245 (31) | |
| 50 - 59 | 316 (20.4) | 121 (15.3) | |
| 60 - 69 | 139 (9) | 40 (5.1) | |
| ≥ 70 | 26 (1.7) | 5 (0.6) | |
| Education Level | | | |
| Never attended school | 58 (7.9) | 40 (10.9) | 0.015 |
| Completed primary education | 168 (23) | 97 (26.5) | |
| Incomplete secondary/technical education | 181 (24.8) | 91 (24.9) | |
| Completed secondary/technical education | 234 (32) | 105 (28.7) | |
| Incomplete higher education | 56 (7.7) | 11 (3) | |
| Completed higher education | 34 (4.7) | 22 (6) | |
| Income | | | |
| Less than ½ MW (< USD 147,00) | 431 (69.7) | 242 (74.5) | 0.126 |

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|
| Between ½ and 1 MW (up to USD 275,00) | 139 (22.5) | 53 (16.3) | |
| Between 1 and 2 MW (up to USD 549,00) | 37 (6) | 21 (6.5) | |
| More than 2 MW (> USD 549,00) | 11 (1.8) | 9 (2.8) | |
| Place of Origin | | | |
| Belo Horizonte | 64.7 (41.1) | 350 (44) | 0.176 |
| Other cities | 918 (58.9) | 445 (56) | |
| Living in couple | | | |
| Yes | 322 (20.6) | 197 (24.6) | 0.025 |
| No | 1241 (79.4) | 603 (75.4) | |
| Has children | | | |
| Yes | 1.004 (64.6) | 535 (67) | 0.248 |
| No | 549 (35.4) | 263 (33) | |
| Lives with children | | | |
| Yes | 59 (5.9) | 48 (9) | 0.024 |
| No | 938 (65.9) | 485 (34.1) | |
| Motivation for Homelessness | | | |
| Domestic Violence | | | |
| Yes | 50 (3.2) | 43 (5.4) | 0.010 |
| No | 1515 (96.8) | 757 (94.6) | |
| Unemployment | | | |
| Yes | 318 (20.3) | 133 (16.6) | 0.030 |
| No | 1247 (79.7) | 667 (83.4) | |
| Institutional Background | | | |
| Shelters | | | |
| Yes | 1.063 (67.9) | 496 (52) | 0.004 |
| No | 502 (32.1) | 304 (48) | |
| Nursing homes | | | |
| Yes | 60 (3.8) | 24 (3) | 0.300 |
| No | 1505 (96.2) | 776 (97) | |
| Juvenile detention system | | | |
| Yes | 175 (11.2) | 118 (14.8) | 0.013 |
| No | 1390 (88.8) | 682 (85.2) | |
| Prison system | | | |
| Yes | 647 (41.3) | 393 (49.1) | 0.000 |
| No | 918 (58.7) | 407 (50.9) | |
| CERSAM/CAPS (Mental Health Centres) | | | |

| | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|--------------|
| Yes | 281 (18) | 187 (23.4) | 0.002 |
| No | 1284 (82) | 613 (76.6) | |
| Psychiatric hospital | | | |
| Yes | 144 (9.2) | 115 (14.4) | 0.000 |
| No | 1421 (90.8) | 685 (85.6) | |
| Therapeutic community | | | |
| Yes | 416 (26.6) | 252 (31.5) | 0.012 |
| No | 1149 (73.4) | 548 (68.5) | |

Health Variables

| | | | |
|--------------------------|-------------|-------------------|--------------|
| Has any health condition | | | |
| Yes | 567 (36.4) | 402 (50.4) | 0.000 |
| No | 991 (63.6) | 395 (49.6) | |
| Tuberculosis | | | |
| Yes | 36 (2.3) | 26 (3.3) | 0.171 |
| No | 1525 (97.7) | 772 (96.7) | |
| Hepatitis | | | |
| Yes | 39 (2.5) | 31 (3.9) | 0.060 |
| No | 1522 (97.5) | 767 (69.1) | |
| STI | | | |
| Yes | 57 (3.7) | 72 (9) | 0.000 |
| No | 1504 (96.3) | 726 (91) | |
| HIV/AIDS | | | |
| Yes | 31 (2) | 44 (5.5) | 0.000 |
| No | 1530 (98) | 751 (94.5) | |
| <i>Diabetes mellitus</i> | | | |
| Yes | 83 (5.3) | 56 (7) | 0.097 |
| No | 1482 (94.7) | 744 (93) | |
| Hypertension | | | |
| Yes | 203 (13) | 137 (17.1) | 0.006 |
| No | 1362 (87) | 663 (82.9) | |
| Skin diseases | | | |
| Yes | 97 (6.2) | 76 (9.5) | 0.004 |
| No | 1468 (93.8) | 724 (90.5) | |
| Depression | | | |
| Yes | 354 (22.6) | 270 (33.8) | 0.000 |
| No | 1211 (77.4) | 530 (66.2) | |

| | | | |
|------------------------|-------------|-------------------|--------------|
| Schizophrenia | | | |
| Yes | 72 (4.6) | 62 (7.8) | 0.002 |
| No | 1493 (95.4) | 738 (92.2) | |
| Anxiety/ Nervousness | | | |
| Yes | 355 (22.7) | 259 (32.4) | 0.000 |
| No | 1210 (77.3) | 541 (67.6) | |
| Alcoholism | | | |
| Yes | 620 (39.6) | 379 (47.4) | 0.000 |
| No | 945 (60.4) | 421 (52.6) | |
| Smoking | | | |
| Yes | 803 (51.3) | 483 (60.4) | 0.000 |
| No | 762 (48.7) | 317 (39.6) | |
| Drug use | | | |
| Yes | 675 (43.1) | 401 (50.1) | 0.001 |
| No | 890 (56.9) | 399 (49.9) | |
| Regular medication use | | | |
| Yes | 439 (28.1) | 287 (36) | 0.001 |
| No | 1126 (71.9) | 513 (64) | |

* Chi-square test. *Bold values indicate statistically significant associations ($p < 0.05$) between the analyzed variables and the occurrence of tooth pain in the homeless population.

CERSAM/CAPS: Mental Health Centres

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

All variables with a **p-value** < 0.2 were included in the logistic regression model (**Table 2**). In the final model, individuals who migrated from other cities were 1.45 times more likely to report tooth pain compared to those residing in Belo Horizonte. Those living with children had 1.90 times higher odds of reporting tooth pain, while individuals who had experienced domestic violence were 2.57 times more likely to report this condition.

Additionally, individuals with a history of psychiatric hospitalization had 1.74 times higher odds of reporting tooth pain. The presence of STIs and HIV/AIDS increased the likelihood by 2.73 and 4.79 times, respectively. Individuals with depression were twice as likely to report tooth pain.

Conversely, good overall health was associated with a 48.8% reduction in the likelihood of reporting tooth pain (OR = 0.512, $p = 0.015$), indicating its protective effect against this condition.

Table 2 – Multiple Logistic Regression Model for Tooth Pain Odds.

| Variable | O.R. | p-value | C.I. 95% |
|--|-------|---------|----------------|
| Constant | 0.503 | 0.018 | - |
| Lives with children | 1.904 | 0.003 | 1.035 - 3.501 |
| Domestic violence | 2.573 | 0.026 | 1.119 - 5.918 |
| History of psychiatric hospitalization | 1.742 | 0.038 | 1.028 - 2.954 |
| Health | 0.512 | 0.015 | 0.298 - 0.879 |
| STD/STI | 2.729 | 0.004 | 1.375 - 5.425 |
| AIDS/HIV | 4.791 | 0,023 | 1.242 - 18.484 |
| Depression | 2.060 | 0,008 | 1.417 - 2.996 |

*Multiple logistic regression model for toothache odds. The analysis was performed using the Wald test, with a correct classification rate of 70.3%. OR: Odds Ratio; C.I.: Confidence Interval

STD: *Sexually Transmitted Disease*

STI: *Sexually Transmitted Infection*

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

DISCUSSION

This study highlights the significant burden of tooth pain among the homeless population of Belo Horizonte. The 33.8% prevalence found in this study is markedly higher than that observed in the Brazilian general population, reinforcing the need for targeted oral health interventions.

Tooth pain prevalence in the current study was 1.59 times higher than that observed among adolescents (20.9%), 1.44 times higher than among adults (23.2%), and three times higher than that recorded among the elderly (11.1%) in the general Brazilian population⁸. Compared to another highly vulnerable population — survivors of the Fundão Dam collapse, who presented a tooth pain prevalence of 16.9% the participants of the current study presented nearly twice the risk of reporting tooth pain¹⁶.

The prevalence of tooth pain found in this study is lower than those reported in previous studies assessing this condition in homeless populations. Freire (2022)

found a 50% prevalence of tooth pain in a cross-sectional study conducted in Goiânia, Brazil, with a convenience sample of 342 homeless individuals recruited from the only municipal public shelter¹⁷. The study used a structured questionnaire to assess self-reported tooth pain over the previous six months, along with its intensity and impact on daily activities. The hypothesis was that limited access to dental care, combined with poor oral hygiene and substance use, would result in a high prevalence of tooth pain and significant impacts on quality of life. The higher prevalence found in Freire's study can likely be explained by the retrospective six-month recall period used, which tends to capture both acute and chronic episodes of pain, and by the sample setting, which included individuals residing in shelters with limited access to care and potentially more severe oral health issues.

Similarly, Comassetto (2021) found a 48.9% prevalence of tooth pain in a cross-sectional study with 214 homeless individuals in Porto Alegre, southern Brazil. The participants were recruited from shelters, homeless hostels, and day centers, and data were collected through structured interviews and clinical oral examinations. The hypothesis of Comassetto's study was that longer periods of homelessness and socioeconomic vulnerability would be associated with worse oral health and higher prevalence of tooth pain. The higher prevalence reported may be due to the retrospective questioning about lifetime and six-month tooth pain episodes, combined with self-performed pain management strategies, suggesting a chronic pattern of untreated oral conditions in this population²⁸.

Differently from these studies, the present research was the first to assess tooth pain at the exact time of data collection, providing a real-time, more accurate snapshot of acute tooth pain in this population. The use of a retrospective six-month criterion in previous studies tends to inflate prevalence rates, as it captures cumulative and chronic episodes of tooth pain, whereas real-time assessment reduces recall bias and focuses on current pain, which explains the lower prevalence found in our study.

Our findings align with previous research indicating a strong association between mental health conditions and oral health deterioration. Depression, psychiatric hospitalization, and substance use disorders significantly increased the risk of experiencing tooth pain. The correlation between mental disorders and tooth

pain has been widely documented in the literature. According to the meta-analysis by Kisely (2016), individuals with depression and anxiety are 1.94 times more likely to present extensive caries and tooth loss compared to the general population²⁵. These findings reinforce the intersection between mental health and oral health, indicating that psychiatric disorders directly contribute to worsening dental conditions among homeless individuals^{15,29-32}.

The use of psychoactive substances also correlated with the likelihood of tooth pain in individuals. These findings align with literature indicating that drug users are more prone to develop periodontal disease and chronic dental pain³³⁻³⁵. Xerostomia, a common side effect of psychotropic medications and illicit substances, such as crack or methamphetamine, exacerbates this condition by increasing susceptibility to caries and periodontal infections^{32,34}. The prevalence of anxiety disorders in the homeless population and their impact on tooth pain reinforce the findings of Santos (2022), which also demonstrated a strong relationship between mental disorders and oral pain in vulnerable populations¹⁶.

The link between HIV/AIDS and higher prevalence of tooth pain underscores the importance of integrating dental care into broader healthcare services for immunocompromised individuals. Infectious diseases were also significantly associated with tooth pain. Individuals with STDs/STIs had 2.73 times higher odds of reporting tooth pain, while those living with HIV/AIDS had a 4.79 times higher risk. The immunosuppression characteristic of these conditions increases susceptibility to oral infections, extensive caries, and advanced periodontal disease³⁶⁻³⁸. These findings emphasize the need for specialized dental care for people living with HIV/AIDS, ensuring preventive treatment and appropriate management of oral complications, thus reducing the impact of these infections on their quality of life³⁶.

Racial inequality also emerged as a significant factor. Black and mixed-race individuals represented 81.5% of the sample, reflecting structural barriers to dental healthcare access. Structural racism influences treatment recommendations, with Black patients being 2.3 times more likely to be referred for dental extractions rather than conservative treatments when compared to white individuals^{39,40}. Gender analysis revealed that women had a tooth pain prevalence 1.65 times higher (77.7%) than men (47%), a statistically significant difference ($p < 0.001$).

The study also confirms that social determinants, such as exposure to violence and economic hardship, contribute to oral health disparities. Women, who reported higher levels of both violence and tooth pain, represent a particularly vulnerable subgroup. Public health policies must incorporate trauma-informed care and prioritize access to preventive and curative dental services.

Additionally, the relationship between violence and tooth pain emerged as a concerning factor, especially among individuals who had experienced domestic violence, who had a 2.57 times higher risk of reporting dental pain. Continuous exposure to violence impacts oral health directly through dental trauma and indirectly through neglect of self-care and psychological consequences^{40,41}. These data corroborate studies indicating violence as a determinant in the deterioration of oral health, exacerbating vulnerabilities and underscoring the need for interventions that integrate dental care and psychosocial support^{41,43}.

Despite its strengths, this study has limitations. The reliance on self-reported data introduces the potential for recall bias and may not reflect of completely edentulous individuals. Additionally, the lack of clinical examinations limits the ability to objectively assess the severity of oral health conditions.

These findings highlight the urgent need for more inclusive and integrated public policies that promote equitable access to dental care for vulnerable populations.

CONCLUSION

This study provides valuable insights into the oral health challenges faced by homeless individuals. The high prevalence of tooth pain underscores the intersection between social determinants, mental health conditions, and access to healthcare services. Addressing these disparities requires coordinated efforts across public health, social services, and mental health sectors. Future research should explore longitudinal data to better understand causality and the long-term impact of interventions on oral health outcomes in this population.

Authors' Declaration of Potential Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

FUNDING

This study was supported by Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC, and Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brazil) under grant 317539/2021-3, the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, and the Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) funded the publication fees.

Role of sponsor

The funding organizations played no role in the study's design, review, interpretation of data, or preparation or approval of the manuscript.

Data availability

The datasets that were generated and analyzed in this study are available from the corresponding author upon request.

REFERENCES

1. Garcia F, Costa MR, Guimarães L, Neves MCL. Vulnerabilidade e o uso de drogas. Belo Horizonte: CRR-UFMG; 2016.
2. Su H. Oral health disparities among homeless individuals: an emerging global health concern. *J Public Health Dent.* 2021;81(2):67-74. doi: 10.1111/jphd.12400.
3. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;38(1):3-12. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00513.x.

4. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
5. Graziani F, Gennai S, Solini A, Petrini M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontal disease on diabetes. *J Clin Periodontol*. 2018;45(2):167-79. doi: 10.1111/jcpe.12837.
6. Nazir M. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2017;11(2):72-80.
7. Lawder JÁ, Matos MA, Souza JB, Freire MC. Impact of oral health on quality of life in homeless people: evidence from a Brazilian study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1582. doi: 10.1186/s12889-019-7943-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2024.
9. Ayres JR. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado integral: perspectivas e possibilidades na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):385-93. doi: 10.1590/S1413-81232003000200007.
10. Ayres JR. Dimensões sociais da vulnerabilidade: bases operatórias para a ação programática e a pesquisa epidemiológica. *Saúde Soc*. 2014;23(3):866-76. doi: 10.1590/S0104-12902014000300002.
11. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2021.
12. Silva DA, Peres MA, Boing AF, Peres KG. Extreme poverty and its effects on oral health: a cross-sectional study in Brazil. *J Oral Res*. 2018;7(3):25-31. doi: 10.17126/joralres.2018.041.

13. Figueiredo CS, Vieira AR, Bastos JL. Socioeconomic disparities in oral health: a systematic review. *Community Dent Health*. 2021;38(1):17-24. doi: 10.1922/CDH_00087Figueiredo08.
14. Kerssens JJ, Ytterstad B. Smoking and oral health in low-income populations: evidence from epidemiologic studies. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):142. doi: 10.1186/s12903-019-0836-1.
15. Kisely S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry*. 2016;61(5):277-82. doi: 10.1177/0706743716632523.
16. Santos PCM, Roque MAV, Freitas AAC, Sabato B, Borges-Oliveira AC, Garcia FD, Neves MCL. Mental and psychosocial predictors of toothache in Brazilian dam rupture: a cross-sectional study. *Open Sci J*. 2022;7(3).
17. Freire MC, Lawder JÁ, Souza JB, Matos MA. Dental pain in adult and elderly homeless people: prevalence, associated factors, and impact on quality of life in Midwest Brazil. *J Public Health Dent*. 2022;82(2):211-9. doi: 10.1111/jphd.12452.
18. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 2011.
19. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health*. 2004;21(4):291-5.
20. Gatchel RJ. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581.
21. Gao C, Kang J. Oral diseases are associated with cognitive decline and dementia. *Adv Exp Med Biol*. 2025;1472:171-83. doi: 10.1007/978-3-031-79146-8_11.

22. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
23. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
24. IBGE. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html#IBGE+1IBGE+1>
25. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte. In: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, editor. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 1998.
26. Brasil. 2º Censo de População de Rua e Análise Qualitativa da Situação dessa População em Belo Horizonte: Meta 10 - Realização de Ações de Atendimento Sócio-Assistenciais, de Inclusão Produtiva e Capacitação para População de Rua. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, editor. Belo Horizonte: MDS; 2006.
27. Garcia FD, Souza RA, Brito CMD, Afonso LN, Neves MdCL, Filho HCdS. Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte. Viçosa: Suprema; 2014. 168 p.
28. Comassetto MO, Hugo FN, Neves M, Hilgert JB. Dental pain in homeless adults in Porto Alegre, Brazil. *Int Dent J*. 2021 Jun;71(3):206-213. doi: 10.1111/idj.12626.
29. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;200:119–132. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.040.

30. Rangel JPA, Borges AFM, Leão LO, de Mattos de Araujo BM, Stechman Neto J, Guariza-Filho O, et al. Oral health of people with emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2024 Apr;28(5):274. doi: 10.1007/s00784-024-05642-1.
31. Jerjes W. The critical intersection of mental health and oral health in severe mental disorders. *Clin Oral Investig*. 2024 Nov;28(11):627. doi: 10.1007/s00784-024-06015-4.
32. Peiter P, Belmonte P, Teixeira M, Cobra G, Lacerda A. Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. *Soc Sci Med*. 2019 Apr;227:111-118. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.046.
33. Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*. 2015 Mar;15:38. doi: 10.1186/s12903-015-0016-8.
34. Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR, Lemos T, Munhoz EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz Oral Res*. 2017 Dec;31:e102. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.
35. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, Tudor R, Shaaban L, Ali A, et al. Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. *J Multidiscip Healthc*. 2023 Dec;16:4265-4278. doi: 10.2147/JMDH.S440764.
36. Lomelí-Martínez SM, González-Hernández LA, Ruiz-Anaya AJ, Lomelí-Martínez MA, Martínez-Salazar SY, Mercado González AE, et al. Oral Manifestations Associated with HIV/AIDS Patients. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Sep;58(9):1214. doi: 10.3390/medicina58091214.

37. Sufiawati I, Amalia T, Dewi TS, Wisaksana R. The Association Between Oral Mucosal Lesions and Oral Health-Related Quality of Life Using the Validated Indonesian Version of OHIP-14 Among People Living with HIV/AIDS. *HIV AIDS (Auckl)*. 2024 Feb;16:9-16. doi: 10.2147/HIV.S452154.
38. Vohra P, Jamatia K, Subhada B, Tiwari RVC, Althaf MN, Jain C. Correlation of CD4 counts with oral and systemic manifestations in HIV patients. *J Family Med Prim Care*. 2019 Oct;8(10):3247-3252. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_767_19.
39. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. Ways and detours in guarantee of health for the black population and the confrontation of racism in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2022 Oct;27(10):3861-3870. doi: 10.1590/1413-812320222710.08212022.
40. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent*. 2022 Jul;122:104157. doi: 10.1016/j.jdent.2022.104157. PMID: 35545161.
41. Brewer-Smyth K, Koenig HG, Kafonek K, Adams T, Raine A, Granger DA. Post-Traumatic Bio-Behavioral Rehabilitation of Adult Female Victims. *Delaware J Public Health*. 2021 Sep 27;7(4):160-166. doi: 10.32481/djph.2021.09.021. PMID: 34604781; PMCID: PMC8482978.
42. Duke A, Searby A. Mental Ill Health in Homeless Women: A Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2019 Jul;40(7):605-612. doi: 10.1080/01612840.2019.1565875. PMID: 31021673.
43. Gonçalves Barbosa N, Carvalho Mendes LM, da Costa Carbogim F, Maria E Silva A, de Oliveira Gozzo T, Gomes-Sponholz FA. Sexual assault and vulnerability to sexually transmitted infections among homeless Brazilian women: a cross sectional qualitative study. *BMC Womens Health*. 2023 Oct 31;23(1):561. doi: 10.1186/s12905-023-02723-3. PMID: 37907882; PMCID: PMC10617181.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta achados inéditos sobre a saúde bucal da população em situação de rua (PSR), sendo o primeiro levantamento censitário em uma capital brasileira a avaliar, de forma direta e em larga escala, a presença de dor nos dentes e suas associações com determinantes sociais, transtornos mentais, desigualdades raciais, uso de substâncias e exposição à violência. A análise revela que a dor nos dentes é mais do que um sintoma isolado — é um marcador de sofrimento persistente, de abandono institucional e da precariedade das políticas públicas voltadas para grupos historicamente excluídos.

Ao incorporar a temática da saúde bucal no debate sobre os direitos da PSR, esta pesquisa contribui para superar a invisibilidade que frequentemente marca esse campo no interior das políticas de saúde. A saúde bucal tem sido tratada de forma secundária ou fragmentada nas estratégias de atenção à saúde da PSR, restrita a ações esporádicas, mutirões ou atendimentos de urgência. A ausência de diretrizes nacionais claras e integradas sobre como estruturar o cuidado odontológico contínuo para essa população demonstra um grave déficit de responsabilização do Estado.

Nesse sentido, os resultados da presente tese fortalecem a argumentação em prol da incorporação estruturada e permanente da saúde bucal nas redes de atenção, com destaque para:

- A ampliação do escopo de atuação dos Consultórios na Rua, com equipes odontológicas completas e capacitação permanente sobre populações em vulnerabilidade extrema;
- A garantia de acesso facilitado a atendimentos especializados, como endodontia e cirurgia bucal, com regulação simplificada e articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção;

- A inclusão de indicadores de saúde bucal nos sistemas de monitoramento e avaliação da atenção à PSR, permitindo maior visibilidade institucional da temática;
- A promoção de ações educativas permanentes, que respeitem os saberes e vivências da população em situação de rua e valorizem o autocuidado como expressão de dignidade.

Além da saúde, a dor nos dentes e seus impactos devem ser compreendidos à luz de políticas intersetoriais mais amplas. A exclusão da PSR dos direitos básicos — moradia, alimentação, segurança, educação e trabalho — agrava não apenas as condições de vida, mas também dificulta qualquer possibilidade real de adesão a tratamentos ou de construção de projetos terapêuticos singulares. Portanto, a ampliação do acesso à saúde bucal deve estar conectada com ações de habitação social, segurança alimentar, inclusão econômica, redução de danos e reconstrução de vínculos sociais, compondo uma política pública que vá além do assistencialismo.

Este estudo também abre espaço para um questionamento essencial: será que o problema da saúde bucal da PSR reside exclusivamente na falta de acesso, ou também reflete uma formação profissional ainda despreparada para lidar com as singularidades dessa população? Muitos cirurgiões-dentistas não são capacitados, ao longo da graduação ou na prática clínica, para atender pessoas em situação de vulnerabilidade extrema, o que pode gerar atitudes de julgamento, recusa, ou mesmo omissão do cuidado. A escassez de disciplinas específicas, a ausência de estágios em territórios de exclusão e a carência de abordagens interdisciplinares contribuem para perpetuar um modelo de atenção distante das necessidades reais da PSR.

Nesse contexto, a presente tese também contribui ao apontar a necessidade de reformas curriculares e investimentos em educação permanente que sensibilizem e preparem os profissionais para o cuidado ético, inclusivo e comprometido com os direitos humanos. Formar profissionais conscientes da complexidade social da

saúde bucal é um passo fundamental para transformar o cuidado em um ato político e humanizador.

Além disso, os dados revelados neste estudo apontam caminhos para investigações futuras. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais e qualitativos que aprofundem a compreensão das trajetórias de saúde e doença bucal na PSR, bem como os efeitos de intervenções específicas sobre o bem-estar e a reinserção social dos indivíduos. Também se sugere a realização de estudos exploratórios com questionários mais amplos, que abordem higiene oral, perdas dentárias, autopercepção estética, barreiras percebidas ao atendimento e experiências em serviços de saúde, incluindo possíveis episódios de discriminação.

Em síntese, esta tese contribui de maneira significativa para o fortalecimento do campo da saúde bucal coletiva, ao posicionar a dor nos dentes como um fenômeno social, político e ético, que demanda respostas institucionais consistentes e transformadoras. Ao revelar as intersecções entre saúde bucal, sofrimento psíquico, exclusão e desigualdades estruturais, o estudo convida gestores, profissionais e pesquisadores a repensarem as prioridades da política pública brasileira, reafirmando que o direito à saúde — em sua dimensão integral, universal e equitativa — começa pelo reconhecimento da dignidade de cada pessoa, inclusive (e sobretudo) das que vivem à margem.

8 REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). 25 anos da Lei de Refúgio: perspectivas e desafios. Brasília: ACNUR, 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sites/br/files/2025-01/2022-25-anos-da-lei-de-refugio.pdf>.

ALIMORADI, Z.; GHANIMI, H.; SADER, R.; MOUSSAVI, S.; KHOSHNEVIS, Y. Meta-analysis with systematic review to synthesize associations between oral-health-related quality of life and anxiety and depression. *BDJ Open*, Londres, v. 10, art. 9, 2024. DOI: 10.1038/s41405-024-00191-X.

ARMOON B, GRIFFITHS MD, MOHAMMADI R. The Global Distribution and Epidemiology of Psychoactive Substance Use and Injection Drug Use Among Street-Involved Children and Youth: A Meta-Analysis. *Subst Use Misuse*. 2023;58(6):746-764. doi: 10.1080/10826084.2023.2181036. Epub 2023 Mar 16. PMID: 36924274.

AVILA M, OJCIUS DM, YILMAZ O. The oral microbiota: living with a permanent guest. *DNA Cell Biol*. 2009 Aug;28(8):405-11. doi: 10.1089/dna.2009.0874. PMID: 19485767; PMCID: PMC2768665

ASHRAF, M. et al. Periodontal disease and Alzheimer's disease: The link between systemic inflammation and neuroinflammation. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 46, n. 3, p. 324–332, 2019.

AYRES JR. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado integral: perspectivas e possibilidades na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):385-93. doi: 10.1590/S1413-81232003000200007.

AZEVEDO, M. S.; ROMANO, A. R.; SANTOS, I. S.; CENCI, M. S. Knowledge and beliefs concerning early childhood caries from mothers of children ages zero to 12 months. *Pediatric Dentistry*, v. 36, n. 3, p. 95–99, 2014.

BAGGETT, T. P. et al. Disparities in Cancer Incidence, Stage, and Mortality at Boston Health Care for the Homeless Program. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 46, n. 4, p. 419–428, 2013.

BARROSO, S. M.; et al. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 99, p. 225–244, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

BRATU ML, SANDESC D, ANGHEL T, TUDOR R, SHAABAN L, ALI A, ET AL. Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. *J Multidiscip Healthc*. 2023 Dec;16:4265-4278. doi: 10.2147/JMDH.S440764.

BORSA, LESLIE; DUBOIS, MARGAUX; SACCO, GUILLAUME; LUPI, LAURENCE. Analysis of the link between periodontal diseases and Alzheimer's disease: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 17, p. 9312, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9312>.

BUTLER, Judith. *Undoing gender*. New York: Routledge, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAO, H.; WU, H.; WANG, P.; ZHANG, H.; WANG, S. Association between periodontal disease and schizophrenia: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *Scientific Reports*, Londres, v. 14, art. 17391, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-65181-3.

CARNEIRO, S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-04082019-085139/publico/SueliCarneiro_DR.pdf.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CORRÊA-FARIA, P. et al. Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: A longitudinal study. *Brazilian Oral Research*, v. 30, n. 1, 2016.

CORRIGAN, PW. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. 2. ed. New York: Guilford Press, 2015.

DAHLGREN, GÖRAN & WHITEHEAD, MARGARET, 1991. "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe," Arbetsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies.

DAOUD, N. et al. Subordinación de género y vulnerabilidad de las mujeres a la violencia doméstica. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 34, n. 2, p. 291–299, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000200005&script=sci_arttext.

DIETRICH, Thomas; SHIP, Jonathan A.; STRECKFUSS, Daniel; et al. The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease. *Journal of Clinical Periodontology*, Hoboken, v. 40, supl. 14, p. S70–S84, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.12062>.

DYE, BA. The global burden of oral disease: research and public health significance. *Journal of Dental Research*, [S.l.], v. 96, n. 4, p. 379–387, 2017. DOI: 10.1177/0022034517693567.

FAZEL S, GEDDES JR, KUSHEL M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.

FAZEL, S.; GEDDES, J.; KUSHEL, M. Health of people experiencing homelessness in high-income countries: an updated systematic review. *The Lancet*, Londres, v. 5, e590-e602, 2019.

FITZPATRICK, S. et al. The homelessness monitor: Tracking the impacts of policy and economic change across the UK. *Crisis*, v. 1, n. 1, p. 1–48, 2018.

FIGUEIREDO, GR. Precarização da vida nas ruas em cenário pandêmico. *Política & Sociedade*, v. 20, n. 47, p. 221–246, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/120126>.

FREIRE MC, LAWDER JÁ, SOUZA JB, MATOS MA. Dental pain in adult and elderly homeless people: prevalence, associated factors, and impact on quality of life in Midwest Brazil. *J Public Health Dent*. 2022;82(2):211-9. doi: 10.1111/jphd.12452.

FREITAS, A. R. Saúde bucal e vulnerabilidade social: um estudo com pessoas em situação de rua em Goiânia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3815–3826, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XXXXXX>.

FREITAS, BVNS. et al. Vulnerabilidade de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe5, p. 91–103, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/368861577_Vulnerabilidade_de_Criancas_com_Necessidades_Especiais_de_Saude_implicacoes_para_a_enfermagem.

FURTADO, M. S.; OLIVEIRA, L. A. Apoio social para pessoas em situação de rua: interface com saúde e assistência social. *Revista de Psicologia*, v. 10, n. 2, p.

18–31, 2020. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242021000200018&script=sci_arttext.

GARCIA F, COSTA MR, GUIMARÃES L, NEVES MCL. Vulnerabilidade e o uso de drogas. Belo Horizonte: CRR-UFMG; 2016.

GARCIA FD, NEVES MCL, SANTOS MC, ABREU MNS, BARBIERI AF. IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte – 2022: BH + Inclusão. Belo Horizonte: NAVES/UFMG; SMASAC/PBH, 2023.

GARCIA FD, SOUZA RA, BRITO CMD, AFONSO LN, NEVES MDCL, FILHO HCDS. Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte. Viçosa: Suprema; 2014. 168 p.

GBD 2017 ORAL DISORDERS COLLABORATORS; BERNABE, E.; MARCENES, W.; HERNANDEZ, C.R.; BAILEY, J.; ABREU, L.G.; ALIPOUR, V.; AMINI, S.; ARABLOO, J.; AREFI, Z.; ET AL. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease 2017 study. *J. Dent. Res.* 2020, 99, 362–373.

GOMES, L. R.; SILVA, A. M.; NUNES, M. F. O papel do SUS na saúde bucal da população em situação de rua: desafios e possibilidades. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 1, 2021.

GOMES-FILHO, I. S.; CRUZ, S. S. D.; TRINDADE, S. C.; PASSOS-SOARES, J. S.; CARVALHO-FILHO, P. C.; FIGUEIREDO, A. C. M. G.; LYRIO, A. O.; HINTZ, A. M.; PEREIRA, M. G.; SCANNAPIECO, F. Periodontitis and respiratory diseases: A systematic review with meta-analysis. *Oral Diseases*, v. 26, n. 2, p. 439–446, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31715080/>.

GRAZIANI F, GENNAI S, SOLINI A, PETRINI M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontal disease on diabetes. *J Clin Periodontol.* 2018;45(2):167-79. doi: 10.1111/jcpe.12837.

HORDER TJ. Infective endocarditis: with an analysis of 150 cases and with special reference to the chronic form of the disease. 1909; 2:289324.

HWANG, SW. Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, [S.l.], v. 164, n. 2, p. 229–233, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80688/>.

IBGE. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>IBGE+1IBGE+1

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde: uma análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf.

KASSEBAUM NJ, SMITH AGC, BERNABÉ E, FLEMING TD, REYNOLDS AE, VOS T, MURRAY CJL, MARCENES W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017 Apr;96(4):380-387. doi: 10.1177/0022034517693566. PMID: 28792274; PMCID: PMC5912207.

KARIMI, P.; ASHRAFIAN, H.; HOSSEINI, S. V.; GHALIBAFI, M.; GHSAN, M. The impact of oral health on depression: a systematic review. *Special Care in Dentistry*, Hoboken, v. 45, n. 1, e13079, 2025. DOI: 10.1111/SCD.13079.KASSEBAUM, N.; BERNABE, E.; SLOAN, P.; NEWTON, J.; MARCENES, W. Global burden of oral conditions in the 21st century: a systematic analysis. *Journal of Dental Research*, Chicago, v. 102, n. 3, p. 239-247, 2023.

KHAIRUNNISA, Z.; LEE, S.; WONG, C. Mental and oral health: a dual frontier in healthcare integration and prevention. *Cureus*, San Francisco, v. 16, e76264, 2024. DOI: 10.7759/CUREUS.76264.

KERSSENS JJ, YTTERSTAD B. Smoking and oral health in low-income populations: evidence from epidemiologic studies. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):142. doi: 10.1186/s12903-019-0836-1.

KISELY S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry*. 2016;61(5):277-82. doi: 10.1177/0706743716632523.

KURGAN S., KANTARCI A. Base molecular para alterações imuno-histoquímicas e inflamatórias durante a progressão da gengivite para periodontite. *Periodontol 2000*. 2018; 76 :51–67. doi: 10.1111/prd.12146.

KUDIYIRICKAL, M. G.; PAPPACHAN, J. M. Diabetes mellitus and oral health. *Endocrine*, v. 49, n. 1, p. 27–34, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25487035/>.

KUIPERS, S.; BOONSTRA, N.; KRONENBERG, L.; KEUNING-PLANTINGA, A.; CASTELEIN, S. Oral health interventions in patients with a mental health disorder: a scoping review with critical appraisal of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 18, n. 15, art. 8113, 2021. DOI: 10.3390/IJERPH18158113.

LAWDER JÁ, MATOS MA, SOUZA JB, FREIRE MC. Impact of oral health on quality of life in homeless people: evidence from a Brazilian study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1582. doi: 10.1186/s12889-019-7943-8.

LEE, J.; PARK, J.; SEO, K.; CHO, Y. Anxiety disorders and periodontal status in a representative South Korean sample. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Hoboken, v. 51, n. 2, p. 124-132, 2023. DOI: 10.1111/CDOE.12850.

LEWER, D.; et al. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ Open*, v. 9, n. 4, e025192, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e025192>.

LIONE, J. A. Dental health and homelessness: A pressing issue. *Journal of Public Health Dentistry*, 2024.

LOCKER D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health*. 2004;21(4):291-5.

MARCENES, W.; KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; FLAXMAN, A.; NAGHAVI, M.; LOPEZ, A.; MURRAY, C.J. Global burden of oral conditions in 1990–2010: A systematic analysis. *J. Dent. Res*. 2013, 92, 592–597.

MARMOT, Michael et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

MARQUES TC, SARRACINI KL, CORTELLAZZI KL, MIALHE FL, DE CASTRO MENEGHIM M, PEREIRA AC, AMBROSANO GM. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*. 2015 Mar 20;15:38. doi: 10.1186/s12903-015-0016-8. PMID: 25887243; PMCID: PMC4382833.

MOLINA, C. A.; et al. Diabetes and periodontal diseases: an established two-way relationship. *Journal of Diabetes Mellitus*, v. 6, n. 4, p. 209–219, 2016. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=70524>.

MONTES JL. Oral health impact in older adult life quality. *Revista Dental de Chile* 2001;92(3):29–31.

MOYNIHAN, P.J., & KELLY, SAM. (2014). Effect on caries of restricting sugars intake: Systematic review to inform WHO guidelines. *Journal of Dental Research*, 93(1), 8-18.

MOYNIHAN, P; PETERSEN, P. E. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*, Cambridge, v. 7, n. 1a, p. 201–226, 2004. DOI: 10.1079/phn2003589.

NAZIR M. A. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *International Journal of Health Sciences*. 2017;11(2):72–80.

NOBRE, M. A exclusão habitacional e as políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 23, n. 2, p. 51–68, 2021.

NOBRE, L. C. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. *SER Social*, v. 23, n. 50, p. 325–348, 2021. Disponível em: https://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539.

OMS. Relatório Mundial sobre Desigualdade em Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 31 mar. 2025.

PEITER P, BELMONTE P, TEIXEIRA M, COBRA G, LACERDA A. Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. *Soc Sci Med*. 2019 Apr;227:111-118. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.046. Epub 2018 Sep 26. PMID: 30297160.

PERES, M. A. et al. Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, v. 394, n. 10194, p. 249–260, 2019.

PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23. doi: 10.1046/j..2003.com122.x. PMID: 15015736.

PETERSEN, PE.; OGAWA, H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 15–39, 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0757.2011.00425.x.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Censo 2022: São Paulo tem aumento no número de domicílios mesmo com ritmo menor de crescimento de população. São Paulo: Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento, 2023. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/licenciamento/w/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/informes_urbanos/353210.

RANJAN, NIHARIKA; et al. Recent aspects of periodontitis and Alzheimer's disease—A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 486, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7865830/>.

ROJAS, Y. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on homelessness in Latin America. *Journal of Global Health*, v. 11, p. 05021, 2021.

ROGERS, HJ. et al. The social and psychological impact of edentulism. *British Dental Journal*, [S.l.], v. 228, n. 11, p. 774–778, 2020. DOI: 10.1038/s41415-020-1581-0.

RONCARATI, JS. et al. Mortality among unsheltered homeless adults in Boston, Massachusetts, 2000-2009. *JAMA Internal Medicine*, [S.l.], v. 178, n. 9, p. 1242–1248, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2687991>.

RUIZ ZM, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licante´n, 2013. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* 2014;7(3):142–8.

RYDER, MI.; XENOUDI, P. Alzheimer disease and the periodontal patient: new insights, connections, and therapies. *Periodontology* 2000, v. 87, n. 1, p. 157–171, 2021.

SANTOS, J. R. et al. Periodontal disease and diabetes: A two-way relationship. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 42, n. 12, p. 112–121, 2015. doi: 10.1111/jcpe.12345.

SANZ, Mariano; CASTRO, Mónica; CARRILLO-DE-ALBORNOZ, Antonia; et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: consensus report. *Journal of Clinical Periodontology*, Hoboken, v. 47, supl. 22, p. 268–288, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13189>.

SCHMIDT, A. M.; et al. Advanced glycation endproducts (AGEs) induce oxidant stress in the gingiva: a potential mechanism underlying accelerated periodontal disease associated with diabetes. *Journal of Periodontal Research*, v. 31, n. 7, p. 508–515, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8915955/>.

SHEN, X.; et al. Insight of the interrelationship and association mechanism between diabetes and periodontitis: a comprehensive review. *Heliyon*, v. 10, n. 4, e1937, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352320424001937>.

SLADE, GARY D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>.

SEN, S. (2018). Periodontal disease and cardiovascular diseases: A review of the literature. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(1), 15-28. doi:10.1111/jcpe.12872.

SELWITZ, RH; ISMAIL, AI; PITTS, NB. Dental caries. *The Lancet*, London, v. 369, n. 9555, p. 51–59, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60031-2.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, Washington, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>.

SILVA, NE. Corpos matáveis: reflexões sobre a vulnerabilidade da população negra na pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Pós-Comunicação*, v. 7, n. 14, p. 1–22, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/poscomufes/article/view/37826>.

SOLAR, ORIELLE; IRWIN, ALEC. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SORDI MB, MASSOCHIN RC, CAMARGO AR, LEMOS T, MUNHOZ EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz Oral Res*. 2017 Dec;31:e102. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.

SOUZA, NM de; OLIVEIRA, MN de; MENDES, AM. Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos indígenas no enfrentamento da Covid-19: um olhar dos atores nas lives. *Saúde em Debate*, v. 45, n. especial 2, p. 21–42, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sRsyrvhQ4C9Q4n3sc5DT87D/>.

STOHR, J. et al. Impact of periodontitis on glycemic control: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, v. 25, p. 123–134, 2021. doi: 10.1007/S00784-020-03457-W.

SU S, LIPSKY MS, LICARI FW, HUNG M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent*. 2022 Jul;122:104157. doi: 10.1016/j.jdent.2022.104157. PMID: 35545161.

TEOH, C. X. W.; SAN, C.; LOW, X.; LEE, L.; FOO, S. Dry mouth effects from drugs used for depression, anxiety, schizophrenia and bipolar mood disorder in adults: systematic review. *BJPsych Open*, Cambridge, v. 9, n. 2, e53, 2023. DOI: 10.1192/BJO.2023.15.

TONETTI M. S., JEPSEN S., JIN L., OTOMO-CORGEL J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017;44(5):456–462. doi: 10.1111/jcpe.12732.

XIE, Z.; SHI, L.; HE, L. Depression and dental caries in US adults, NHANES 2015-2018. *BMC Oral Health*, Londres, v. 24, art. 520, 2024. DOI: 10.1186/S12903-024-04288-5.

ZAURA E, NICU EA, KROM BP, KEIJSER BJ. Acquiring and maintaining a normal oral microbiome: current perspective. *Front Cell Infect Microbiol*. 2014 Jun 26;4:85. doi: 10.3389/fcimb.2014.00085. PMID: 25019064; PMCID: PMC4071637.

WIJK, A. J.; HOOGSTRAATEN, J. Dental anxiety and quality of life: The effect of dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 47, n. 2, p. 103–139, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva, 2022.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da Quarta pesquisa epidemiológica e qualitativa sobre a população em situação de rua do município de Belo Horizonte.

Esta pesquisa é realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e tem como objetivo conhecer melhor a realidade das condições de vida da população em situação de rua no município de Belo Horizonte.

A sua participação consistirá em responder a uma entrevista que avaliará alguns dados importantes sobre você, sua forma de viver e outros aspectos relevantes, e isso não levará mais do que 30 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados anonimamente, garantindo assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas. Todos os seus dados serão guardados de forma anônima, não permitindo a sua identificação e o não comprometimento da revelação do seu nome ou qualquer forma de identificação pessoal. Os dados coletados e anonimizados serão armazenados em uma plataforma eletrônica utilizada para coleta de dados e análise nos marcos ISO/IEC para a gestão da informação. No final da coleta de dados, estes serão armazenados pelo pesquisador principal em arquivo protegido com senha, e o registro de acesso em servidor localizado nos níveis mais altos de controle. Os dados associados serão os mínimos, visto que estes não serão registrados na plataforma com fins de identificação. Após a conclusão da pesquisa, a análise dos dados será publicada em revistas científicas e seu uso será limitado às perguntas relacionadas com o tema da pesquisa, sem possibilidade de identificação dos participantes.

Sua participação é voluntária. Você poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas da entrevista ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A sua participação não será remunerada e a sua

recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde ou com os pesquisadores.

Esta pesquisa pode causar algum desconforto devido ao tempo necessário para responder a entrevista ou com algum possível constrangimento causado pelas perguntas que lhe serão feitas. Apesar de tais riscos, medidas possíveis terão sido tomadas por nós para evitar esses riscos, eventos adversos decorrentes da pesquisa poderão ser relatados diretamente aos pesquisadores que serão responsáveis por interromper a sua participação no estudo. A sua participação é importante para que as informações fornecidas nos ajudem a melhor compreender o tamanho e as características da população em situação de rua de Belo Horizonte.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com os coordenadores da equipe de pesquisadores da UFMG, Professores Frederico Duarte Garcia e Maíra Cavalcanti. Envie um email para: **crdroeqas.ufmg@gmail.com** ou pelo telefone **(31) 3409-9785**, ou no endereço Avenida Alfredo Balena, 190 sala 235 – Belo Horizonte – MG – CEP 30130-100. Este documento será emitido em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante:

Assinatura do Pesquisador:

Assinatura do coordenador:

Comitê de Ética da UFMG: telefone (31) 3409-4592; Avenida Antônio Carlos, 6627 –
Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 – Belo Horizonte – MG – CEP
31270.

E-mail: **coep@prpq.ufmg.br**

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO CENSO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE - MG 2022

| | |
|---------------------------|---|
| Survey Name: | Quarto Censo Pop Rua BH |
| Description: | |
| Introduction: | Seja bem-vindo ao questionário do Quarto Censo de População em Situação de Rua de Belo Horizonte. Aperte o botão "Start" para começar a entrevista. Seja atencioso e empático com seu entrevistado. Ele está doando o tempo dele para a nossa pesquisa. |
| Conclusion: | Muito obrigado por ter coletado esta entrevista! Seu esforço é de grande valia para a pesquisa e para a população em situação de rua de Belo Horizonte! |
| Survey Created on: | 3/25/2022 12:12:34 AM |

| | | |
|---|---------|-------------------|
| Q 1 | Numeric | * Answer Required |
| Question Text | | |
| COLETADOR INSIRA SEU CPF? INSIRA O NÚMERO SEM PONTOS OU SINAIS. | | |
| Next: Q 2 | | |

| | | |
|--|---------------|-------------------|
| Q 2 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | |
| Após você abordar o participante você observou que ele não consegue responder o questionário porque: | | |
| Answers | | |
| A 1 O PARTICIPANTE ESTÁ EM CONDIÇÕES DE RESPONDER -> MARQUE ESTA E CONTINUE O QUESTIONÁRIO ----- | | |
| A 2 O participante sugere estado de embriaguez/uso de drogas no momento da entrevista Next: Conclusion ----- | | |
| A 3 O participante sugere ter um distúrbio mental incapacitante no momento da entrevista Next: Conclusion ----- | | |
| A 4 O participante está dormindo no momento da coleta Next: Conclusion ----- | | |
| A 5 Outra razão. Qual? Next: Conclusion ----- | | |
| Next: Q 3 | | |

| | | |
|----------------------------------|------|-------------------|
| Q 3 | Date | * Answer Required |
| Question Text | | |
| Qual é a sua data de nascimento? | | |
| Next: Q 4 | | |

| | | |
|--|---------------|---|
| Q 4 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| O PARTICIPANTE TENHA NASCIDO ANTES DE 19 DE OUTUBRO DE 2004. MARQUE A RESPOSTA "PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE CONTINUAR A ENTREVISTA". SE ELE NASCEU ANTES DE 19 DE OUTUBRO DE 2004, MARQUE A OPÇÃO "participante menor de idade e interrompa a entrevista." | | A 1 PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE CONTINUAR A ENTREVISTA |
| | | ----- |
| | | A 2 Participante menor de idade e interrompa a entrevista. |
| | | Next: Conclusion |
| | | ----- |
| | | Next: Q 5 |

| | | |
|--|---------------|--|
| Q 5 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Onde você dorme a maior parte da semana? POR MAIOR PARTE DA SEMANA, CONSIDERE AO MENOS 4 DIAS DA SEMANA. | | A 1 Na rua (Rua, calçada, logradouro público, praça, baixo de viaduto, outros locais públicos) Next: Q 7 |
| | | ----- |
| | | A 2 Domicílio improvisado (prédio em construção, vagão de trem, carroças, barraca, maloca, grutas) Next: Q 7 |
| | | ----- |
| | | A 3 Em abrigos ou albergues |
| | | ----- |
| | | A 4 Em um domicílio - É beneficiário bolsa moradia Next: Q 7 |
| | | ----- |
| | | A 5 Em um domicílio (ENCERRE A ENTREVISTA) Next: Conclusion |
| | | ----- |
| | | A 6 Não sabe / não lembra (Insista para compreender melhor onde e como ele dorme e se há constância dos locais, caso o participante insista em não receber (ENCERRE A ENTREVISTA) |
| | | Next: Conclusion |
| | | ----- |
| | | A 7 Não respondeu (ENCERRE A ENTREVISTA) Next: Conclusion |
| | | ----- |
| | | Next: Q 6 |

| | |
|---|---|
| Q 6 | Multi Select |
| Question Text | Answers |
| Em qual ou quais abrigos ou albergues você costuma dormir ? | A 1 Centro Pop (Centro de Referência para População de rua) |
| | A 2 CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) |
| | A 3 Albergue Tia Branca I |
| | A 4 Albergue Tia Branca II |
| | A 5 Abrigo São Paulo |
| | A 6 Abrigo Granja de Freitas |
| | A 7 Abrigo de Famílias Pompéia |
| | A 8 Abrigo de Famílias Via Pinho |
| | A 9 Abrigo Anita Gomes dos Santos I |
| | A 10 Abrigo Anita Gomes dos Santos II |
| | A 11 Abrigo Reviver |
| | A 12 Abrigo Fábio Alves dos Santos |
| | A 13 Abrigo Maria Maria |
| | A 14 Unidade de Acolhimento para Mulheres Bairro Copacabana |
| | A 15 Serviço de Acolhimento Emergencial Hotel Minas Pampulha |
| | A 16 Unidade de Acolhimento para Gestantes e Puérperas |
| | A 17 Acolhimento Institucional Pós-Alta hospitalar |
| | A 18 Unidade de Acolhimento Emergencial Serrano (Monkeypox) |
| | A 19 Serviço de Atendimento ao Migrante |
| | A 20 CIAM – Centro de Atendimento Integrado a Mulher |
| | A 21 Centros de Saúde |
| | A 22 Hospitais |

A 23 CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

A 24 CERSAM AD – Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas

A 25 Outro. Qual?

Next: Q 7

Q 7 Numeric

* Answer Required

Question Text

ENTRE O NÚMERO DO TCLE ASSINADO PELO PARTICIPANTE

Next: Q 8

Q 8 Multi Select

Question Text

Nos dias que em você dorme na rua, você não dorme em abrigos ou albergue por quê? AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA E SE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE.

Answers

A 1 Dificuldade de conseguir vaga

A 2 Falta de segurança

A 3 Ficam distantes

A 4 Não sei onde estão os abrigos ou albergues

A 5 Rigidez das regras ou horários

A 6 Ter sido vítima de maus tratos ou violência num abrigo ou albergue

A 7 Não posso entrar com meu animal de estimação

A 8 Outro motivo. Qual?

Next: Q 9

Q 9 Single Select

* Answer Required

Question Text

Qual é o seu sexo biológico?

Answers

A 1 Masculino

A 2 Feminino

Next: Q 10

| | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Q 10 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | Answers | |
| Qual a sua identidade de gênero? | A 1 Homem trans | |
| | A 2 Mulher trans | |
| | A 3 Homem cis | |
| | A 4 Mulher cis | |
| | A 5 Intersexual | |
| | A 6 Travesti | |
| | A 7 Não-binário | |
| | A 8 Não sabe / Não respondeu | |
| | A 9 Outro. Qual? | |
| | | Next: Q 11 |

| | | |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Q 11 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | Answers | |
| Qual a sua orientação sexual? | A 1 Heterossexual | |
| | A 2 Gay | |
| | A 3 Lésbica | |
| | A 4 Bissexual | |
| | A 5 Não sabe / Não respondeu | |
| | A 6 Outro. Qual? | |
| | | Next: Q 12 |

| | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| Q 12 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | Answers | |
| Você é casado(a) ou tem um companheiro ou companheira? | A 1 Sim | |
| | A 2 Não | |
| | A 3 Não sabe / Não informou | |
| | | Next: Q 13 |

| | | |
|---|---------------|--|
| Q 17 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text Você já foi a escola? MARQUE A OPÇÃO QUE MELHOR CARACTERIZA A FORMAÇÃO ESCOLAR DO PARTICIPANTE. | | Answers |
| | | A 1 Nunca foi a escola |
| | | A 2 Anos Iniciais do ensino fundamental incompletos (1a a 4a série / ou 1º ao 5º ano) |
| | | A 3 Anos Iniciais do ensino fundamental completos (1a a 4a série / ou 1º ao 5º ano) |
| | | A 4 Anos finais do ensino fundamental incompletos (5a a 8a série/ou 6º ao 9º ano) |
| | | A 5 Anos finais do ensino fundamental completos (5a a 8a série/ ou 6º ao 9º ano) |
| | | A 6 Médio ou técnico Incompleto (1o ao 3o ano) |
| | | A 7 Médio ou técnico Completo (1o ao 3o ano) |
| | | A 8 Superior Incompleto (Faculdade/Universidade) |
| | | A 9 Superior Completo (Faculdade/Universidade) |
| | | A 10 Não sabe/Não respondeu |
| | | Next: Q 18 |

| | | |
|---|---------------|---|
| Q 18 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text Onde você nasceu? | | Answers |
| | | A 1 Belo Horizonte Next: Q 21 |
| | | A 2 Em outra cidade. |
| | | Next: Q 19 |

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Q 19 | Text | * Answer Required |
| Question Text Em qual cidade você nasceu? | | |
| | | Next: Q 20 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|----------------------|----------------|---|------------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|-----------------------------|--|------------|
| Q 20 | Text | * Answer Required | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Question Text</p> <p>Em qual estado/país você nasceu? INSERIR APENAS O ESTADO BRASILEIRO EM DUAS LETRAS "MG" ou "SP". CASO O PARTICIPANTE VENHA DE OUTRO PAÍS INSERIR APENAS O NOME DO PAÍS "Venezuela", "Argentina".</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 21</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q 21 | Single Select | * Answer Required | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Question Text</td> <td style="width: 40%;">Answers</td> </tr> <tr> <td>Você sempre morou em Belo Horizonte?</td> <td>A 1 Sempre morei em Belo Horizonte</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Next: Q 28</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A 2 Não, morava em outra cidade</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Next: Q 24</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A 3 Não sei / Não respondeu</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Next: Q 22</td> </tr> </table> | | | Question Text | Answers | Você sempre morou em Belo Horizonte? | A 1 Sempre morei em Belo Horizonte | | Next: Q 28 | | A 2 Não, morava em outra cidade | | Next: Q 24 | | A 3 Não sei / Não respondeu | | Next: Q 22 |
| Question Text | Answers | | | | | | | | | | | | | | | |
| Você sempre morou em Belo Horizonte? | A 1 Sempre morei em Belo Horizonte | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Next: Q 28 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A 2 Não, morava em outra cidade | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Next: Q 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A 3 Não sei / Não respondeu | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Next: Q 22 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q 22 | Text | * Answer Required | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Question Text</p> <p>Em qual cidade você morava antes de vir para BH?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 23</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q 23 | Text | * Answer Required | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Question Text</p> <p>Em qual estado/País você morava antes de vir para BH? INSERIR APENAS O ESTADO BRASILEIRO EM DUAS LETRAS "MG" ou "SP". CASO O PARTICIPANTE VENHA DE OUTRO PAÍS INSERIR APENAS O NOME DO PAÍS "Venezuela", "Argentina".</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 24</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q 24 | Single Select | * Answer Required | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Question Text</td> <td style="width: 40%;">Answers</td> </tr> <tr> <td>Desde quando você mora em Belo Horizonte?</td> <td>A 1 Semanas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A 2 Meses Next: Q 26</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A 3 Anos Next: Q 27</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A 4 Não sei Next: Q 28</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Next: Q 28</td> </tr> </table> | | | Question Text | Answers | Desde quando você mora em Belo Horizonte? | A 1 Semanas | | A 2 Meses Next: Q 26 | | A 3 Anos Next: Q 27 | | A 4 Não sei Next: Q 28 | | Next: Q 28 | | |
| Question Text | Answers | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desde quando você mora em Belo Horizonte? | A 1 Semanas | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A 2 Meses Next: Q 26 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A 3 Anos Next: Q 27 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A 4 Não sei Next: Q 28 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Next: Q 28 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|-------------------|
| Q 20 Text | * Answer Required |
| Question Text Em qual estado/país você nasceu? INSERIR APENAS O ESTADO BRASILEIRO EM DUAS LETRAS "MG" ou "SP". CASO O PARTICIPANTE VENHA DE OUTRO PAÍS INSERIR APENAS O NOME DO PAÍS "Venezuela", "Argentina". | |
| Next: Q 21 | |

| | |
|--|--|
| Q 21 Single Select | * Answer Required |
| Question Text Você sempre morou em Belo Horizonte? | Answers |
| | A 1 Sempre morei em Belo Horizonte ----- Next: Q 28 |
| | A 2 Não, morava em outra cidade ----- |
| | A 3 Não sei / Não respondeu ----- Next: Q 24 |
| | Next: Q 22 |

| | |
|--|-------------------|
| Q 22 Text | * Answer Required |
| Question Text Em qual cidade você morava antes de vir para BH? | |
| Next: Q 23 | |

| | |
|---|-------------------|
| Q 23 Text | * Answer Required |
| Question Text Em qual estado/País você morava antes de vir para BH? INSERIR APENAS O ESTADO BRASILEIRO EM DUAS LETRAS "MG" ou "SP". CASO O PARTICIPANTE VENHA DE OUTRO PAÍS INSERIR APENAS O NOME DO PAÍS "Venezuela", "Argentina". | |
| Next: Q 24 | |

| | |
|---|--|
| Q 24 Single Select | * Answer Required |
| Question Text Desde quando você mora em Belo Horizonte? | Answers |
| | A 1 Semanas ----- |
| | A 2 Meses Next: Q 26 ----- |
| | A 3 Anos Next: Q 27 ----- |
| | A 4 Não sei Next: Q 28 ----- |
| | Next: Q 28 |

| | |
|---|--|
| <p>Q 25 Numeric</p> <p>Question Text Há quantas semanas?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 28</p> | <p>* Answer Required</p> |
| <p>Q 26 Numeric</p> <p>Question Text Há quantos meses?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 28</p> | <p>* Answer Required</p> |
| <p>Q 27 Numeric</p> <p>Question Text Há quantos anos?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 28</p> | <p>* Answer Required</p> |
| <p>Q 28 Single Select</p> <p>Question Text Há quanto tempo você vive em situação de rua?</p> | <p>* Answer Required</p> <p>Answers</p> <p>A 1 Até um mês</p> <hr/> <p>A 2 Mais de um Mês Next: Q 30</p> <hr/> <p>A 3 Anos Next: Q 31</p> <hr/> <p>A 4 Não sabe/Não respondeu</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 32</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Next: Q 29</p> |
| <p>Q 29 Numeric</p> <p>Question Text Há quantos dias?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 32</p> | <p>* Answer Required</p> |
| <p>Q 30 Numeric</p> <p>Question Text Há quantos meses?</p> <p style="text-align: right;">Next: Q 32</p> | <p>* Answer Required</p> |

| | | |
|----------------------|---------|--------------------------|
| Q 31 | Numeric | * Answer Required |
| Question Text | | |
| Há quantos anos? | | |
| | | Next: Q 32 |

| | | |
|-------------------------------------|---------------|---|
| Q 32 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Como você veio para Belo Horizonte? | | A 1 A prefeitura me deu uma passagem de ônibus |
| | | ----- |
| | | A 2 Veículo da prefeitura |
| | | ----- |
| | | A 3 Viatura policial |
| | | ----- |
| | | A 4 A pé |
| | | ----- |
| | | A 5 A cavalo |
| | | ----- |
| | | A 6 Bicicleta |
| | | ----- |
| | | A 7 Carona |
| | | ----- |
| | | A 8 Ônibus |
| | | ----- |
| | | A 9 Trem |
| | | ----- |
| | | A 10 Outro. Qual? |
| | | ----- |
| | | Next: Q 33 |

| | | |
|---|--------------|--|
| Q 33 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| <p>Por que você veio viver na rua? AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM.</p> | | <p>A 1 Problemas com a família</p> <hr/> <p>A 2 Violência Doméstica (agressões, brigas verbais, abuso sexual outras formas de violência)</p> <hr/> <p>A 3 Conflitos com vizinhos</p> <hr/> <p>A 4 Brigas de grupos rivais / Expulso por traficantes</p> <hr/> <p>A 5 Falecimento de pai, mãe, cônjuge ou companheiro(a)</p> <hr/> <p>A 6 Separação do cônjuge ou companheiro(a)</p> <hr/> <p>A 7 Mudou de cidade à procura de trabalho</p> <hr/> <p>A 8 Renda insuficiente para se manter ou manter a família</p> <hr/> <p>A 9 Falta de trabalho (Ficou desempregado)</p> <hr/> <p>A 10 Falta de moradia, pois sempre viveu na rua ou abrigo</p> <hr/> <p>A 11 Falta de moradia por expulsão ou perda de moradia por falta de pagamento</p> <hr/> <p>A 12 Falta de moradia, devido a catástrofe natural (Inundação, deslizamento de terra, ruptura de barragem)</p> <hr/> <p>A 13 Uso de álcool e/ou outras drogas</p> <hr/> <p>A 14 Saiu da prisão ou sistema socioeducativo</p> <hr/> <p>A 15 Conflito decorrente de orientação sexual (familiar ou não)</p> <hr/> <p>A 16 Abandono</p> <hr/> <p>A 17 Outro motivo. Qual?</p> <hr/> |
| | | Next: Q 34 |

| | | |
|---|--------------|--|
| Q 34 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Com quem você vive na rua? AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM. | | A 1 Sozinho |
| | | A 2 Com um grupo de pessoas |
| | | A 3 Com meus filhos ou os filhos de meu companheiro(a) |
| | | A 4 Com crianças que não são meus filhos |
| | | A 5 Com meu animal de estimação (cachorro, gato, pássaros, ou outro animal) |
| | | A 6 Não respondeu |
| | | Next: Q 35 |

| | | |
|--|---------------|--|
| Q 35 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Onde você faz a sua higiene pessoal com mais frequência? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. POR HIGIENE SE ENTENDE TOMAR BANHO, ESCOVAR OS DENTES, TROCAR AS ROUPAS. | | A 1 Rua/Locais públicos (praças, jardins, etc.) |
| | | A 2 Alberque / Abrigo |
| | | A 3 Centro POP |
| | | A 4 Banheiro público |
| | | A 5 Estabelecimento comercial |
| | | A 6 Não sabe/Não lembra |
| | | A 7 Não respondeu |
| | | A 8 Outro local. Qual? |
| | | Next: Q 36 |

| | | |
|---|--------------|---|
| Q 36 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você já viveu ou frequentou algum destes locais? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | | A 1 Abrigos para crianças, adolescentes / Orfanatos / Internatos |
| | | A 2 Abrigos para pessoas em situação de rua / Centro e Casas de passagem |
| | | A 3 Sistema Socioeducativo (Centro de Internação Provisória/CEIP, Casa de Semiliberdade, Centros Socioeducativos, FEBEM) |
| | | A 4 Abrigos para pessoas idosas / Asilos / Abrigos / Casa de idosos |
| | | A 5 Prisão, cadeia, presídio |
| | | A 6 CERSAM/CAPS |
| | | A 7 Hospital psiquiátrico |
| | | A 8 Clínica de recuperação de dependentes químicos / Comunidades terapêuticas |
| | | Next: Q 37 |

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------|
| Q 37 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você possui algum problema de saúde? | | A 1 Sim |
| | | A 2 Não |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | Next: Q 38 |

| | | |
|--|---------------|-------------------|
| Q 38 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Com relação a sua saúde. Como você a considera? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | | A 1 Muito boa |
| | | A 2 Boa |
| | | A 3 Regular |
| | | A 4 Ruim |
| | | A 5 Não respondeu |
| | | Next: Q 39 |

| | | |
|--|--------------|--|
| Q 39 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| <p>Você sofre de algum dos seguintes problemas de saúde listados? AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM.</p> | | <p>A 1 Tuberculose</p> <p>A 2 Hepatite</p> <p>A 3 DST/IST (doença sexualmente transmissível ou doença do sexo, sífilis, cancro, corrimento)</p> <p>A 4 AIDS / SIDA / SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA</p> <p>A 5 Diabetes (Açúcar no sangue)</p> <p>A 6 Hipertensão (Pressão alta)</p> <p>A 7 Doenças de pele (feridas, sarna, piolho, muquirana, percevejo, herpes, lepra, etc.)</p> <p>A 8 Depressão</p> <p>A 9 Esquizofrenia</p> <p>A 10 Outros problemas de saúde mental (T. de ansiedade, nervosismo, TOC, outros)</p> <p>A 11 Alcoolismo</p> <p>A 12 Tabagismo</p> <p>A 13 Uso de drogas</p> <p>A 14 Não possui problemas de saúde conhecidos</p> <p>A 15 Não sabe</p> |
| | | Next: Q 40 |

| | | |
|---|---------------|---|
| Q 40 | Single Select | |
| Question Text | | Answers |
| <p>Você faz uso regular de algum medicamento?</p> | | <p>A 1 Sim</p> <p>A 2 Não</p> <p>A 3 Não sabe?</p> <p>A 4 Não respondeu</p> |
| | | Next: Q 41 |

| | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Q 41 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você tem dor nos dentes? | | A 1 Sim |
| | | ----- |
| | | A 2 Não |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 42 |

| | | |
|----------------------|---------------|--------------------------|
| Q 42 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você teve COVID? | | A 1 Sim |
| | | ----- |
| | | A 2 Não |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 43 |

| | | |
|---|---------------|--------------------------|
| Q 43 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você se vacinou contra COVID? MARCAR SIM CASO TENHA RECEBIDO UMA OU MAIS DOSES. | | A 1 Sim |
| | | ----- |
| | | A 2 Não |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 44 |

| | | |
|--|---------------|---|
| Q 44 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Onde você vai se tratar quando fica doente? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. MARQUE A PRIMEIRA RESPOSTA DO PARTICIPANTE OU PERGUNTE QUAL O PRINCIPAL LOCAL SE ELE RESPONDER MAIS DE UMA OPÇÃO. | | <p>A 1 Centro de saúde (Posto de saúde)</p> <p>A 2 Hospital / Pronto Socorro / UPA (unidade de pronto atendimento)</p> <p>A 3 CERSAM/CERSAM AD/CAPS</p> <p>A 4 Consultório na rua</p> <p>A 5 Farmácia</p> <p>A 6 Organizações de apoio</p> <p>A 7 Não procura ninguém / Trata por conta própria / Não trata problemas de saúde</p> <p>A 8 Não sabe / não lembra</p> <p>A 9 Não respondeu</p> <p>A 10 Outro. Qual?</p> |
| | | Next: Q 45 |

| | | |
|---|---------------|---|
| Q 45 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Onde você costuma comer com mais frequência? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | | <p>A 1 Restaurante popular</p> <p>A 2 Em restaurantes privados, bares, lanchonetes, estabelecimentos comerciais</p> <p>A 3 Alimentos doados por instituições religiosas, Ongs, sopão, etc.</p> <p>A 4 Pedindo em residências ou a pedestres (demais pessoas)</p> <p>A 5 Coletando alimentos nas ruas, feiras e mercados</p> <p>A 6 Nos Centro Pop, abrigos, albergues</p> <p>A 7 Outro local. Qual?</p> |
| | | Next: Q 47 |
| | | Next: Q 48 |
| | | Next: Q 49 |
| | | Next: Q 50 |
| | | Next: Q 50 |
| | | Next: Q 50 |
| | | Next: Q 46 |

| | | |
|---|---------------|--|
| Q 46 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você paga pelas refeições no restaurante popular? | | A 1 Sim Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 2 Não Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | Next: Q 50 |

| | | |
|---------------------------------------|---------------|--|
| Q 47 | Single Select | |
| Question Text | | Answers |
| Como são conseguidos estes alimentos? | | A 1 Comprados Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 2 Doados Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | Next: Q 50 |

| | | |
|---------------------------------------|---------------|--|
| Q 48 | Single Select | |
| Question Text | | Answers |
| Como são conseguidos estes alimentos? | | A 1 Pedindo Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 2 Oferecido Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu Next: Q 50 |
| | | ----- |
| | | Next: Q 50 |

| | | |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------|
| Q 49 | Single Select | |
| Question Text | | Answers |
| Como são conseguidos estes alimentos? | | A 1 Pedindo |
| | | ----- |
| | | A 2 Oferecido |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 50 |

| | | |
|--|---------------|---|
| Q 50 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você está inscrito em algum programa habitacional? | | A 1 Sim |
| | | A 2 Não Next: Q 52 |
| | | A 3 Não respondeu Next: Q 52 |
| | | Next: Q 51 |

| | | |
|----------------------|---------------|--|
| Q 51 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Qual? | | A 1 Bolsa moradia |
| | | A 2 Minha casa minha vida/Casa verde e amarela |
| | | A 3 Outros. Quais? |
| | | Next: Q 52 |

| | | |
|--|---------------|---|
| Q 52 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você possui alguma renda? ENTENDE-SE POR RENDA O DINHEIRO QUE O PARTICIPANTE GANHA FAZENDO ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA, OU SEJA, AQUELA QUE ENSEJA O PAGAMENTO OU RECEBIMENTO DE DINHEIRO. NÃO INCLUI O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS OU DE VALORES RECEBIDOS POR MEIO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA. AQUI NÃO SE INCLUEM OS GANHOS COM PROGRAMAS SOCIAIS | | A 1 Sim |
| | | A 2 Não Next: Q 55 |
| | | A 3 Não respondeu Next: Q 55 |
| | | Next: Q 53 |

| | | |
|---|---------|--------------------------|
| Q 53 | Numeric | * Answer Required |
| Question Text | | |
| Quanto você ganha de dinheiro por mês? REGISTRE APENAS VALOR QUE O PARTICIPANTE RELATAR EM REAIS E EM VALORES INTEIROS. | | |
| | | Next: Q 54 |

| | | |
|---|--------------|---|
| Q 54 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Diga-me o que você faz para ganhar dinheiro. AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM. | | A 1 Coleta material reciclável (plástico, lata, papelão, etc.) |
| | | A 2 Vende balas, frutas, água, picolé, artesanato, etc. |
| | | A 3 Lava carros /lava vidros nos sinais / cuida de carros / flanelinhaão respondeu |
| | | A 4 Pede dinheiro |
| | | A 5 Faz faxina / serviços domésticos |
| | | A 6 Trabalha na construção civil / obra (Servente, auxiliar) |
| | | A 7 Chapa de caminhão (descarrega caminhão)? |
| | | A 8 Trabalha como profissional do sexo |
| | | A 9 Trabalha em grupos de economia solidária e outras cooperativas |
| | | A 10 Outra forma para ganhar dinheiro. Qual? |
| | | Next: Q 55 |

| | | |
|--|---------------|--------------------------|
| Q 55 | Single Select | |
| Question Text | | Answers |
| Você pertence a alguma cooperativa, associação ou grupo informal de catadores? | | A 1 Sim |
| | | A 2 Não |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | Next: Q 56 |

| | | |
|---------------------------------|---------------|--------------------------|
| Q 56 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você está inscrito no CADÚnico? | | A 1 Sim |
| | | ----- |
| | | A 2 Não |
| | | ----- |
| | | A 3 Não sabe |
| | | ----- |
| | | A 4 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 57 |

| | | |
|--|--------------|--|
| Q 57 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Nos últimos 3 (três) meses, você foi atendido por algum desses serviços? LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM. | | A 1 BH de Mãos Dadas |
| | | ----- |
| | | A 2 Centros Pop |
| | | ----- |
| | | A 3 CREAS / Regional |
| | | ----- |
| | | A 4 Abordagem pela equipe de Assistência Social (Serviço Especializado de Abordagem Social) |
| | | ----- |
| | | A 5 Abrigos Municipais (Albergues, Casas de passagem, repúblicas ou abrigo etc.) |
| | | ----- |
| | | A 6 Organizações da Sociedade Civil (Pastoral de Rua, Banho do Amor, Inaper, outras) |
| | | ----- |
| | | Next: Q 58 |

| | | |
|---------------------------|---------------|--------------------------|
| Q 58 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Você acessa o Centro POP? | | A 1 Sim |
| | | ----- |
| | | A 2 Não |
| | | ----- |
| | | A 3 Não respondeu |
| | | ----- |
| | | Next: Q 59 |

| | | |
|--|--------------|--|
| Q 59 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| <p>Por que você não acessa o Centro Pop? (leia as opções) AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM.</p> | | <p>A 1 Dificuldade para ser atendido</p> <hr/> |
| | | <p>A 2 Falta de segurança</p> <hr/> |
| | | <p>A 3 Não sei onde ficam os Centros</p> |
| | | POP |
| | | <p>A 4 Os Centros POP ficam muito longe</p> <hr/> |
| | | <p>A 5 Rigidez de regras e horários</p> <hr/> |
| | | <p>A 6 Porque sofri maus tratos ou violência nele</p> <hr/> |
| | | <p>A 7 Porque não posso entrar com meu animal de estimação.</p> <hr/> |
| | | <p>A 8 Outro. Qual?</p> <hr/> |
| | | Next: Q 60 |

| | | |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|
| Q 60 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| <p>Você acessa o CREAS?</p> | | <p>A 1 Sim</p> <hr/> |
| | | Next: Q 62 |
| | | <p>A 2 Não</p> <hr/> |
| | | <p>A 3 Não respondeu</p> <hr/> |
| | | Next: Q 62 |
| | | Next: Q 61 |

| | | |
|---|--------------|---|
| Q 61 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Por que você não acessa o CREAS? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | | A 1 Dificuldade para ser atendido |
| | | ----- |
| | | A 2 Falta de segurança |
| | | ----- |
| | | A 3 Não sei onde ficam os Centros POP |
| | | ----- |
| | | A 4 Os Centros POP ficam muito longe |
| | | ----- |
| | | A 5 Rigidez de regras e horários |
| | | ----- |
| | | A 6 Porque sofri maus tratos ou violência nele |
| | | ----- |
| | | A 7 Porque não posso entrar com meu animal de estimação. |
| | | ----- |
| | | A 8 Outro. Qual? |
| | | ----- |
| | | Next: Q 62 |

| | | |
|--|--------------|---|
| Q 62 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Nos últimos 3 (três) meses, você recebeu algum desses benefícios? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | | A 1 LOAS/BPC (benefício de prestação continuada) |
| | | ----- |
| | | A 2 Aposentadoria ou Pensão |
| | | ----- |
| | | A 3 Auxílio-doença |
| | | ----- |
| | | A 4 Seguro Desemprego |
| | | ----- |
| | | A 5 Não recebi nenhum benefício |
| | | ----- |
| | | A 6 Outro benefício. Qual? |
| | | ----- |
| | | Next: Q 63 |

| | | |
|-------------------------------|--------------|--|
| Q 63 | Multi Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Quais documentos você possui? | | A 1 Não possuo nenhum documento |
| | | A 2 Identidade (RG) |
| | | A 3 Certidão de nascimento / casamento |
| | | A 4 Registro no cadastro único (número de identificação social / NIS) |
| | | A 5 CPF |
| | | A 6 Título de eleitor |
| | | A 7 Carteira de habilitação (CNH) |
| | | A 8 Carteira de trabalho |
| | | A 9 Outro(s) documento(s). Qual(is)? |
| | | Next: Q 64 |

| | | |
|---|---------------|--|
| Q 64 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| Nos últimos 3 meses você foi atendido por alguma dessas unidades para obter documentação? | | A 1 Não acessei |
| | | A 2 UAI (Barreiro, venda Nova, Praça sete) Next: Q 66 |
| | | A 3 BH Resolve Next: Q 66 |
| | | A 4 Posto de Identificação - Câmara Municipal Next: Q 66 |
| | | A 5 Posto de Identificação – Assembléia Next: Q 66 |
| | | A 6 Outros; Quais? Next: Q 66 |
| | | Next: Q 66 |

| | |
|--|--|
| Q 65 Multi Select | * Answer Required |
| Question Text Em caso de não acessar unidades responsáveis pela emissão de documentação, qual seria o motivo? LER AS OPÇÕES ANTES DE MARCAR UMA OPÇÃO. | Answers |
| | A 1 Dificuldade para ser atendido |
| | A 2 Falta de segurança |
| | A 3 Não sei onde ficam os Centros POP |
| | A 4 Os Centros POP ficam muito longe |
| | A 5 Rigidez de regras e horários |
| | A 6 Porque sofri maus tratos ou violência nele |
| | A 7 Porque não posso entrar com meu animal de estimação. |
| | A 8 Outro. Qual? |
| | Next: Q 66 |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Q 66 Single Select | |
| Question Text Você deseja ou tem a intenção de deixar a situação de rua? | Answers |
| | A 1 Sim |
| | A 2 Não Next: Q 68 |
| | A 3 Não respondeu Next: Q 68 |
| | Next: Q 68 |

| | |
|--|--|
| Q 67 Multi Select | |
| Question Text | Answers |
| Qual(is) dessas soluções atenderia melhor à sua necessidade para sair da situação de rua? AGUARDAR A RESPOSTA ESPONTÂNEA. SE O PARTICIPANTE NÃO RESPONDER NENHUMA DAS ABAIXO LER AS RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE E MARCAR TODAS AS OPÇÕES QUE COUBEREM. | A 1 Acesso à moradia |
| | ----- |
| | A 2 Serviço de acolhimento (albergue, abrigo, república) |
| | ----- |
| | A 3 Retorno à casa da família |
| | ----- |
| | A 4 Trabalho assalariado (emprego) |
| | ----- |
| | A 5 Benefício ou programas de transferência de renda (BPC, Bolsa Família, pensão, aposentadoria por idade, invalidez) |
| | ----- |
| | A 6 Educação e Formação Profissional |
| | ----- |
| | A 7 Cuidados a Saúde / Acesso aos Serviços de Saúde |
| | ----- |
| | A 8 Não respondeu |
| | ----- |
| | A 9 Outros. Qual? |
| | ----- |
| | Next: Q 68 |

| | |
|---|-------------------|
| Q 68 Information | |
| Question Text | |
| INFORME AO PARTICIPANTE QUE VOCÊ JÁ TERMINOU A ENTREVISTA DELE. AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO DELE E REFORCE A IMPORTÂNCIA DELE TER PERMITIDO SER ENTREVISTADO POR VOCÊ. APERTE "Próximo" E RESPONDA AS QUESTÕES SEGUINTE QUE SÃO ENDEREÇADAS AO COLETADOR. | |
| | Next: Q 69 |

| | | |
|--|---------------|---|
| Q 69 | Single Select | * Answer Required |
| Question Text | | Answers |
| REGISTRE A CARACTERÍSTICA ONDE VOCÊ FEZ A ENTREVISTA | | A 1 Calçada |
| | | ----- |
| | | A 2 Embaixo de ponte ou viaduto |
| | | ----- |
| | | A 3 Praça / Parque |
| | | ----- |
| | | A 4 Estação rodoviária / Ferroviária |
| | | ----- |
| | | A 5 Terreno baldio / Lote abandonado |
| | | ----- |
| | | A 6 Casa ou prédio abandonado ou em construção |
| | | ----- |
| | | A 7 Alberque ou abrigo |
| | | ----- |
| | | A 8 Restaurante popular |
| | | ----- |
| | | A 9 CRAS/CREAS/CENTRO POP |
| | | ----- |
| | | A 10 Outro tipo de lugar. Qual? |
| | | ----- |
| | | Next: Q 70 |

| | | |
|----------------------------|-----|--------------------------|
| Q 70 | GPS | * Answer Required |
| Question Text | | |
| Ponto Geográfico da coleta | | Next: Q 71 |

| | | |
|---|------|------------------|
| Q 71 | Text | |
| Question Text | | |
| Qual o nome da rua e o número do ponto de coleta? | | Next: Conclusion |

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Quarta pesquisa epidemiológica e qualitativa sobre a população em situação de rua do município de Belo Horizonte.

Pesquisador: Frederico Duarte Garcia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59335022.7.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.799.416

Apresentação do Projeto:

O termo "População em situação de rua" (PSR), remete a uma população que possui características heterogêneas (ADORNO e VARANDA, 2004). A construção de políticas públicas e sua efetivação é complexa e demanda um conhecimento

aprofundado das características desta população. O último censo de população em situação de rua foi realizado pelo Núcleo de Pesquisa em vulnerabilidade e saúde em 2013.

Nesta perspectiva, o projeto sob análise envolve um estudo transversal, tipo survey, utilizando uma amostra censitária, das pessoas em situação de rua na cidade de Belo Horizonte.

O estudo irá mapear locais, pessoas, horários e fluxos, das pessoas em situação de rua. A partir do mapeamento serão construídos roteiros de coleta de dados e pesquisadores irão coletar seus dados seguindo estes roteiros. A pesquisa quantitativa utilizará um questionário avaliando características demográficas, socioeconômicas. O estudo qualitativo utilizará a análise do discurso obtido em grupos focais realizadas com pessoas

em situação de rua e trabalhadores ligados a assistência desta população. Visa-se aprofundar o conhecimento das demandas e da assistência.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como o objetivo realizar um censo populacional para a População em Situação de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4º 2º Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.799.416

Rua de Belo Horizonte para compreender suas características sociais, demográficas. Estes dados serão complementados por uma pesquisa qualitativa para compreender as demandas desta população. Especificamente, pretende-se:

Descrever demograficamente a população em situação de rua de Belo Horizonte;

Identificar, mapear e analisar o território onde se distribui a população em situação de rua do município de Belo Horizonte;

Estimar quantitativamente a população em situação de rua no município;

Identificar os motivos que levaram os indivíduos para a situação de rua e suas origens;

Verificar as trajetórias de proteção social utilizadas pelas pessoas em situação de rua em Belo Horizonte, pelas pessoas em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os seguintes riscos são elencados no TCLE, bem como no projeto e nas informações básicas:

Riscos relacionados ao incomodo produzido pelo tempo gasto com a entrevista ou o constrangimento de alguma questão que possa ser colocada. Para minimizar este risco os pacientes (sic) serão orientados a solicitar a interrupção da entrevista caso ele se sinta incomodado. Os questionários serão anonimizados e uma base de dados será construída. As gravações do estudo qualitativo serão arquivadas por 5 anos e após destruídos.

Benefícios:

O proponente destaca que os participantes não se beneficiarão diretamente com o estudo. Todavia, os participantes que forem identificados com algum agravo de saúde serão referenciados para tratamento em unidade básica de saúde de referência do município de Belo Horizonte.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda a projeto em andamento, vinculado a projeto de Extensão "Monitoramento de Comunidades Terapêuticas Contratadas pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas", registrado no CAAE com o número 59335022.7.0000.5149. O pesquisador responsável justifica a emenda nos seguintes termos "Esta emenda se justifica em razão da solicitação do financiador de reduzir o questionário da pesquisa qualitativa, retirando algumas questões e atualizando o conteúdo de outras para a nova realidade dos serviços da Prefeitura. O novo questionário de fato atende melhor aos objetivos da pesquisa, considerando o foco na compreensão do perfil das pessoas em situação de rua de Belo Horizonte. Ademais, a equipe de pesquisa achou importante a incluirmos entrevistas individuais na pesquisa qualitativa. Isto porque

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4º 2º. Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.799.416

os participantes da pesquisa, muitas vezes são pessoas em situação de vulnerabilidade e que se sentem mais confortáveis de abordar certos temas individualmente do que em grupos. Ademais, boa parte da literatura nacional também utiliza entrevistas individuais nestes tipos de estudo o que nos permitira uma maior comparabilidade de nossos resultados. Modificamos a brochura do pesquisador incluindo a possibilidade de realização de entrevistas individuais e incluímos um TCLE específico para os participantes dos grupos focais”.

O cronograma da pesquisa e a descrição destas alterações da estratégia de coleta de dados no projeto foram atualizadas, em função desta emenda

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos obrigatórios são apresentados:

1. Informações básicas do projeto
2. Folha de rosto preenchida e assinada
3. Aprovação da Câmara Departamental do Departamento de Saúde Mental da UFMG
4. Projeto Completo
5. TCLEs por categoria de participantes
6. Carta com solicitação de emenda ao projeto de pesquisa CAAE: 59335022.7.0000.5149 - Quarta pesquisa epidemiológica e qualitativa sobre a população em situação de rua do município de Belo Horizonte

Recomendações:

Na descrição dos riscos, sugere-se a substituição do termo “pacientes” por “participantes”.

No cronograma enviado no Projeto atualizado, a execução da coleta de dados do estudo qualitativo é prevista para 13 a 15/10/2022, mas os pesquisadores informaram, junto a esta data, que “Este prazo é condicionado pela aprovação do projeto pelo GT e da emenda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG”. Assim, entende-se que os pesquisadores não iniciaram a coleta com as modificações enviadas na emenda e que aguardam parecer do CEP. Cabe manter os dados do cronograma atualizado, tanto nas informações básicas quanto no projeto, conforme as datas que forem, efetivamente, praticadas pelos pesquisadores de forma a não haver inconsistências nas informações fornecidas ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2.º Andar 2, Sala 2005 2, Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.799.416

Considerando que recomendações serão atendidas, somos, S.M.J. favoráveis à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2022178_E1.pdf | 09/10/2022 23:04:52 | | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | CARTA_EMENDA_CEPPOPVACINA.pdf | 09/10/2022 22:59:25 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Brochura_do_Pesquisador_v3.pdf | 21/09/2022 21:24:20 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPOPRUAENTREVISTA.pdf | 21/09/2022 21:23:03 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEFUNCIONARIOENTREVISTA.pdf | 21/09/2022 21:22:53 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| Outros | oficioemendacep.doc | 21/09/2022 21:18:39 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| Outros | CARTAPARECERISTAS.pdf | 22/07/2022 16:31:08 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEQUALISERVIDORES.pdf | 22/07/2022 16:29:21 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEQUALIPORUA.pdf | 22/07/2022 16:29:11 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| TCLE / Termos de | TCLEquantli.pdf | 22/07/2022 | Frederico Duarte | Aceito |

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.799.416

| | | | | |
|--|-----------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEquantil.pdf | 16:28:58 | Garcia | Aceito |
| Folha de Rosto | FRCPR2021.pdf | 23/05/2022 13:45:37 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |
| Outros | PARECERSAM.pdf | 24/03/2022 22:44:27 | Frederico Duarte Garcia | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º. Andar ç Sala 2006 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br