

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

DIANA TREMEA

**SAÚDE BUCAL E USO DE ÁLCOOL E DROGAS EM POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

PORTO ALEGRE

2021

DIANA TREMEA

**SAÚDE BUCAL E USO DE ÁLCOOL E DROGAS EM POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de mestre em Odontologia da
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dra Juliana Balbinot Hilgert

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Tremea, Diana
Saúde Bucal e Uso de Álcool e Drogas em População
em Situação de Rua / Diana Tremea. -- 2021.
66 f.
Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Saúde Bucal. 3.
Abuso de substâncias. I. Balbinot Hilgert, Juliana, orient.
II. Título.

DIANA TREMEA

**SAÚDE BUCAL E USO DE ÁLCOOL E DROGAS EM POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de mestre da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientador: Dra Juliana Balbinot Hilgert

PORTO ALEGRE, 24 de março de 2021

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Roger Keller Celeste – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr^a. Aline Macarevich Condessa – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Dr. Celso Zilbovicius – Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos, primeiramente, a minha orientadora Prof^a Dra. Juliana, por me acompanhar desde a graduação e compartilhar comigo seus ensinamentos com tanta maestria.

Agradeço ao PPGODO UFRGS, em especial aos professores do Centro de Pesquisa em Odontologia Social, que contribuíram com essa maravilhosa etapa da minha formação acadêmica, Prof Dr. Fernando e Prof Dr. Roger que também é membro desta banca. Aos demais integrantes da banca, Dra. Aline e Dr. Celso, meu obrigada por aceitarem avaliar esse trabalho e por dividirem o seu conhecimento.

Por fim, a meus pais e amigos por sempre me darem apoio e suporte emocional para lutar por meus objetivos.

**“Para quem escolheu cuidar de pessoas, estudar não é
uma opção, é um dever infinito”.**

Patrícia Ferrari

RESUMO

Tremea, Diana. **Saúde bucal e uso de álcool e drogas em população em situação de rua**. 2021. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

As pessoas em situação de rua (PSR) representam um grupo vulnerável na sociedade, que sofrem com estigma, exclusão social e pobreza extrema. Possuem alta prevalência de doenças sistêmicas, doenças bucais e considerável abuso de substâncias. Além disso, enfrentam muitas barreiras de acesso e utilização de serviços à saúde. Existem poucos estudos, principalmente no Brasil, que investigam a saúde bucal dessa população e sua relação com outras variáveis. A presente dissertação teve como objetivo avaliar a saúde bucal de adultos em situação de rua, na cidade de Porto Alegre-RS, através da experiência de cárie e sua associação com o uso de álcool e outras drogas. A dissertação é composta por uma revisão de literatura e um artigo científico. A revisão buscou contextualizar a PSR, investigar aspectos de miséria, exclusão social e desigualdades em saúde vivenciadas por essa população, saúde geral, saúde bucal, uso de álcool e drogas e acesso e utilização de serviços de saúde. O artigo trata-se de uma análise secundária de um conjunto de dados de um estudo transversal que foi realizado com adultos em situação de rua que acessaram 5 serviços de assistência social da Prefeitura de Porto Alegre (1 albergue, 2 abrigos e 2 centro de atendimento-dia) em 2017. A metodologia do estudo se deu através de questionários aplicados contendo variáveis socioeconômicas, questões de saúde e uso de álcool e outras drogas. Uma pesquisadora treinada e calibrada aplicou o questionário e fez exame bucal, avaliando o índice CPOD. A análise estatística foi realizada por meio do teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher para avaliar as diferenças nas variáveis estudadas, ambos com nível de significância de 5%. Para a análise dos fatores associados, foram realizadas análises bruta e ajustada por meio de regressão de Poisson com estimativa robusta de variância. Participaram do estudo 214 adultos em situação de rua, sendo a maior parte do sexo masculino, não branco, solteiro, com pouca escolaridade e baixa renda. Esse estudo mostrou que, apesar de estudos na população em geral mostrarem que pessoas com transtorno de uso de substâncias apresentam pior saúde bucal em comparação com pessoas que não usam drogas, verificou-se a não associação entre experiência de cárie e uso de álcool e drogas nessa amostra de população em situação de rua. A análise dos dados foi realizada por meio do software SPSS v.24.0 e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após serem convidados, os participantes leram e assinaram o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse estudo tem caráter pioneiro no Brasil em relação à pesquisa de cárie dentária e uso de álcool e drogas na população em situação de rua. Os dados dessa dissertação tem potencial para desmistificar a ideia de que essas pessoas tenham pior saúde bucal devido ao seu estilo de vida associado ao maior uso de substâncias e, assim, possibilitar que essa não seja uma barreira de utilização dos serviços odontológicos.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Saúde Bucal. Abuso de Substâncias.

ABSTRACT

Tremea, Diana. **Oral health and alcohol and drug use in a homeless population.** 2021. 63p. Dissertation (Master in Dental Public Health) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Homeless people represent a vulnerable group in society, who suffer from stigma, social exclusion and extreme poverty. They have a high prevalence of systemic diseases, oral diseases and considerable substance abuse. In addition, they face many barriers in access and utilization of health services. There are few studies, mainly in Brazil, that investigate the oral health of this population and its relationship with other variables. The present dissertation aimed to evaluate the oral health of homeless adults in the city of Porto Alegre-RS, through the caries experience and its association with the use of alcohol and other drugs. The dissertation consists of a literature review and a scientific article. The review sought to contextualize the homeless population, to investigate aspects of misery, social exclusion and health inequalities experienced by them, general health, oral health, alcohol and drug use, access, and utilization of health services. The paper presents a secondary analysis of a cross-sectional dataset from a survey of the oral health condition of homeless adults in Porto Alegre carried out with homeless accessing five services of Porto Alegre City Hall (1 shelter, 2 transitional housing and 2-day care centers) in 2017. Questionnaires containing socioeconomic variables, health issues, alcohol and other drugs use were applied. A trained and calibrated researcher applied the questionnaire and underwent oral examination evaluating the DMFT index. Statistical analysis was performed using the chi-square test and Fisher's exact test to assess differences in the variables studied, both with a 5% significance level. For the analysis of associated factors, crude and adjusted analyzes were performed using Poisson regression with a robust estimate of variance. A total of 214 homeless adults participated in the study, most of them male, non-white, single, with little education and low income. This study showed that, despite studies in the general population presented that people with substance use disorder have worse oral health compared to people who do not use drugs, there was no association between caries experience and alcohol and drug use in this sample of homeless population. Data analysis was performed using SPSS v.24.0 software and the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul approved this research. After being invited, participants read and signed the Terms of Free Consent and Clarified. This study has a pioneering character in relation to research on dental caries and the use of alcohol and drugs in the homeless population in Brazil. The data from this dissertation has the potential to demystify the idea that these people have worse oral health due to their lifestyle associated with the greater use of substances, and thus enable this to not be a barrier to the use of dental services.

Keywords: Homeless persons. Oral health. Substance abuse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descriptive data of homeless population. Porto Alegre, 2020.	35
Tabela 2 – Relationship between participant’s variables and caries experience outcome. H DMFT: high DMFT (decayed, missing, filled teeth index) according to dichotomization based on the median; D: decayed teeth (at least one decayed teeth); h-M: high missing teeth (less than 21 teeth) considering non-functional dentition.....	36
Tabela 3 – Prevalence ratio of DMFT, Decayed, and Missing teeth in relation to tobacco, cannabis, alcohol, and crack/cocaine use in homeless population. Porto Alegre, 2020.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ASSIST	Teste de Triagem de Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias (sigla em inglês para Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test)
Centro Pop	Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua
CIAMP-Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DMFT	Decay, Missing, Filled Teeth Index
eCR	Equipes de Consultório de Rua
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para Human Immunodeficiency Virus)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSR	População em Situação de Rua
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	Termo de Consentimento Live e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 DESIGUALDADE, EXCLUSÃO SOCIAL E SITUAÇÃO DE RUA.....	12
2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	14
2.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.....	16
2.4 SAÚDE GERAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	19
2.5 USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	20
2.5.1 Teste De Triagem Do Envolvimento Com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias.....	21
2.6 SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	22
2.6.1 Cárie dentária e sua relação com a desigualdade social	22
2.6.2 Saúde bucal, álcool e outras drogas	23
2.7 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4 ARTIGO	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – MODELO TEÓRICO ADAPTADO DE ANDERSEN & DAVIDSON (1997).	46
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ARTIGO.....	47
.....	47
ANEXO B – INSTRUMENTO ARTIGO	48
ANEXO C – INSTRUMENTO ASSIST	57
ANEXO D – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA FO-UFRGS	59
.....	59
ANEXO E – APROVAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL.....	60
.....	60
ANEXO F – STROBE STATEMENT—CHECKLIST OF ITEMS THAT SHOULD BE INCLUDED IN REPORTS OF CROSS-SECTIONAL STUDIES.....	61

1 INTRODUÇÃO

O conceito de população vulnerável está relacionado a fatores individuais, socioeconômicos, culturais, de pobreza e má distribuição de renda que afetam a saúde e a vida de alguns grupos populacionais (1). Não é um conceito absoluto, mas que exige um olhar aprofundado e ciente de sua complexidade. A população em situação de rua (PSR) tem sido um grupo crescente entre as populações vulneráveis e que urge por atenção e cuidados, tanto na micropolítica dos serviços de saúde, de assistência social e de outros setores da rede de suporte, quanto na macropolítica dos governos e das políticas públicas (2).

Os problemas enfrentados pela população em situação de rua são inúmeros, de ordem social, macroestrutural, cultural, entre outros. Mundialmente, os estudos em relação à saúde da PSR mostraram que essa população apresenta piores condições de saúde (3), maiores taxas de mortalidade (4), maior risco de morte e menor expectativa de vida do que o resto da população (5). Doenças mentais e abuso de substâncias estão entre os problemas de saúde mais comuns na PSR (6) (7) (8). Em relação à saúde bucal, a PSR apresentou precárias condições no que se refere a alta prevalência de cárie (9), alta necessidade de tratamento odontológico (10), medo e ansiedade em relação ao tratamento (11) e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (12).

Os estudos nessa área envolvendo a PSR foram mais frequentes na Europa, Estados Unidos e outros países de alta renda. Informações mais abrangentes sobre dados epidemiológicos da PSR foram realizados apenas na Europa (13). No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua revela que atualmente a PSR não é incluída nos censos demográficos brasileiros, fundamentalmente porque a coleta de dados dos censos é de base domiciliar (14).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, criada em 2009, considera população em situação de rua:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (15).

Recentemente, a Resolução N° 40, de 13 de outubro de 2020 se destina a estabelecer diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, que devem ser garantidos pelo Estado. A resolução aponta que o trabalho social com a população em situação de rua deve ter atenção com os determinantes e impactos sociais das suas condições de saúde, a criação de instrumentos para produção de dados e informações a respeito da PSR a fim de criar indicadores de saúde, prevê a garantia ao atendimento de saúde bucal e sugere que seja oferecido treinamento aos profissionais da saúde, em especial treinamentos voltados à educação em direitos humanos para o oferecimento de serviços humanizados e combatendo estigmas que existem em relação à PSR (16).

Segundo o relatório sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto, enviado para o Conselho de Direitos Humanos da ONU, em 2015, "a situação de rua é uma crise global de direitos humanos que requer uma resposta global e urgente". É também uma experiência individual de alguns dos membros mais vulneráveis da sociedade, caracterizada pelo abandono, desespero, baixa autoestima e negação da dignidade, com consequências graves para a saúde e para a vida (17).

Este trabalho apresenta uma revisão de literatura que busca contextualizar a população em situação de rua e traz aspectos de exclusão social, estigma, preconceito e desigualdades aos quais os indivíduos pertencentes a esse grupo, ao longo de suas trajetórias de vida, foram passando. Situações que silenciavam ou desconsiderassem o valor de seus desejos, pensamentos e de sua dignidade devem ser contadas quando se pensa em pesquisa e trabalho sobre cuidado em saúde dessa população. Frente a esse contexto, o artigo presente nesta dissertação buscou investigar aspectos de saúde bucal dessa população e sua relação com o uso de álcool e outras drogas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DESIGUALDADE, EXCLUSÃO SOCIAL E SITUAÇÃO DE RUA

Desigualdades em saúde podem ser definidas como diferenças nas condições de saúde de indivíduos ou populações. Há, no entanto, um consenso de que, quando essas diferenças em saúde são socialmente produzidas e apresentam caráter de injustiça, podem ser chamadas de iniquidades em saúde. Isso acontece quando essas diferenças apresentam um padrão sistemático na população e não uma distribuição aleatória, onde qualquer indivíduo estaria sujeito a essas condições (18) (19).

Indivíduos com menor renda, menos escolarizados, com os piores empregos, apresentam piores condições de saúde, pois encontram-se nos níveis mais inferiores do estrato social. Autores da área chamam esse fenômeno de gradiente social em saúde. Mesmo com alguma melhora no panorama geral de saúde de alguns países, quando se observa o gradiente social em saúde, pode-se analisar que os mesmos determinantes sociais que transpassam por todos os estratos do gradiente, acabam afetando de maneira pior àqueles que se encontram na camada mais inferior do gradiente, ou seja, os mais pobres e vulneráveis, que acabam sentindo de forma mais aguda as “causas das causas” dos problemas de saúde (20) (21) (22).

Pode-se dizer que a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos, bem como contribui para a perda de coesão social, tornando-se uma “injustiça social cíclica”, que realimenta os níveis de doença e morte na população. Conseqüentemente, as desigualdades em saúde promovem o adoecimento da população, exacerbação de agravos, piora nas condições de vida e seus efeitos psicossociais. Dentre as principais morbidades, os agravos bucais são importantes marcadores das desigualdades sociais (23) (24).

Pessoas que vivem a experiência da exclusão social estão totalmente sujeitas às desigualdades sociais. Exclusão social é um termo que foi mencionado pela primeira vez em 1974 por Lenoir, referindo-se àquelas pessoas que estão sob o risco ou já se encontram sem emprego e sem direitos civis. Estavam inclusos nesse grupo deficientes físicos e mentais, idosos, crianças vítimas de abuso, abusadores de substâncias, delinquentes, pais solteiros (principalmente mães solteiras), famílias com vários problemas, entre outros (25) (26). A População em Situação de Rua (PSR) tem, justamente, como características marcantes a miséria e exclusão social, principalmente pelo estigma social relacionada ao desemprego e desabrigo. A comunidade frequentemente rejeita e marginaliza as pessoas mais pobres, aqueles que portam doenças ou deficiências, os mais vulneráveis do ponto de vista físico e emocional (26).

Segundo Antunes e Peres, 2013, “O processo de exclusão social exerce um efeito devastador sobre a saúde, desde a piora da qualidade de vida até maior carga de doenças e mortes prematuras”. De um modo geral, as minorias que vivem em marginalização social, tais como moradores em situação de rua, profissionais do sexo, presidiários e pessoas com desordem de uso de substâncias, possuem maiores níveis de morbidade e mortalidade prematura (4). A exclusão social acaba levando as pessoas à pobreza extrema, e as pessoas pobres sofrem com uma multiplicidade de privações que se traduzem em altos níveis de problemas de saúde. Pode-se relacionar a injustiça social cíclica, citada anteriormente, também com o círculo vicioso em que as pessoas pobres encontram-se presas: a pobreza gera problemas de saúde e os problemas de saúde mantêm a pobreza (27). A falta de moradia está entre os piores exemplos de exclusão social.

Além disso, encontra-se, também, o processo de saúde-doença que aparece desconectado do princípio de cidadania e não relacionada a condição social marcada pela exclusão, como se uma condição precária de saúde bucal fosse vista com aceitação e naturalidade pelos próprios indivíduos por ser “condizente” com a situação de exclusão social. Esta visão ainda está completamente relacionada aos moldes biomédico-curativo da sociedade em que vivemos, onde predomina uma concepção de saúde limitada ao acesso a tratamento, higiene e estética, distanciada dos conceitos de integralidade e cidadania (28).

Como citado anteriormente, o estigma social sofrido pela PSR acaba mantendo a condição de exclusão social. A origem do termo estigma surgiu na Grécia, destinado a expor algo incomum ou ruim, pessoas a serem evitadas. O termo mantém seu significado original até os dias de hoje: pessoa ruim, fraca ou perigosa. Esse atributo é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito extenso. Nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas apenas aqueles que são incongruentes com nosso estereótipo de como um determinado tipo de indivíduo deveria ser (29).

O livro “Estigma e Preconceito” apresenta a definição de 3 tipos de estigma: estigma social ou estigma público decretado no nível de um grupo ou indivíduo contra um outro grupo ou indivíduo estigmatizado; estigma estrutural ou estigma institucional que existe no nível de um sistema que inclui as regras, políticas e procedimentos que restringem os direitos de um grupo estigmatizado; e auto estigma ou estigma internalizado no nível do indivíduo e como eles consideram os estereótipos estigmatizados auto relevantes (30). Por definição, é claro, acredita-se que a pessoa com estigma não é exatamente humana. Partindo desse pressuposto, exerce-se variedades de discriminação, por meio das quais efetivamente, embora muitas vezes sem pensar, reduz-se as chances de vida. A teoria do estigma foi construída como uma ideologia

para explicar a inferioridade e o perigo que os indivíduos estigmatizados representam, às vezes racionalizando uma animosidade baseada em outras diferenças, como as de classe social (31).

De acordo com o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde e lançado em junho de 2019 na última reunião do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), no período de 2015 a 2017 foram notificados 777.904 casos de violência contra essa população. As informações foram construídas a partir de dados constantes no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), a partir da variável "motivo da violência". Do total apresentado acima, 17.386 casos foram motivados pelo fato de a pessoa estar em situação de rua (16).

A PSR, nesse contexto, apresenta-se como porta voz, mostrando todo o conflito social, miséria humana e exclusão que existe, revelando aquilo que ninguém quer ver. As pessoas em situação de rua não vão para a rua porque tiveram uma ruptura de vida. A ruptura que fez a pessoa ir para a rua foi a que catalisou as várias outras rupturas que já haviam ocorrido, ou seja, a ida para a rua se dá por uma série de rupturas. Rompimento com a família, com a comunidade, com o trabalho, com a vida afetiva. E essas pessoas têm que refazer todos esses laços sociais que foram rompidos. Então, a rua se torna um novo ambiente de construção e sobrevivência (32).

2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Conceituar População em Situação de Rua abrange uma outra complexidade de conceitos que traz o atual desafio de quem lida com populações vulnerabilizadas. Poderia abranger conceitos de tutela e autonomia, redução de danos, de pertencimento e cidadania, direitos e deveres, dentre outros.

A União Europeia criou uma tipologia denominada ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) em 2005. O uso da tipologia ETHOS divide em quatro categorias conceituais as diferentes formas de vida relacionadas à falta de moradia, sendo elas: sem-teto (dormindo ao relento), sem casa (em instituições temporárias e abrigos), habitação precária (locais inseguros) e habitação inadequada (locais ilegais, habitações em extrema superlotação). Essas categorias ainda são divididas em 13 subtipos, a fim de detalhar ainda mais as diversas situações que permeiam a falta de habitação, levando-se em consideração seu processo dinâmico que afeta as pessoas vulneráveis em diferentes pontos de suas vidas (13). Por fim, um dos conceitos mais utilizados no mundo é o termo "homeless" (sem- teto).

Apesar da dificuldade e dos fatores limitantes em se fazer pesquisa e coletar dados sobre a população em situação de rua, devido a sua característica dinâmica de mobilidade, sabe-se que os indivíduos em situação de rua representam um segmento crescente da população (33). De maneira geral, a PSR constitui-se de pessoas que não possuem moradia regular ou possuem moradia vulnerável, insegura ou inadequada. O fato é que não há uma simples definição universal de população em situação de rua, pois leva-se em consideração os diferentes contextos e, como parte de um fenômeno social, constitui-se em um problema complexo multifacetado. Não estar em situação de rua passa por três domínios: físico, social e legal. O domínio físico refere-se ao espaço concreto, o domínio social refere-se ao espaço que possibilita a privacidade e relações sociais e, por fim, o domínio legal refere-se a um título/autorização legal de ocupação do espaço físico (34). A situação de rua pode se dar por um breve período ou ser crônica (pelo menos 1 ano contínuo ou mais de 4 vezes em 3 anos completando um período de 1 ano), assim definida nos EUA (35).

Pessoas em situação de rua transicional são aquelas que entram no sistema de abrigos por um período limitado de tempo, geralmente após um evento catastrófico. Por último, a situação de sem-teto episódica refere-se àqueles indivíduos que alternam entre moradia e sem-teto, muitas vezes devido a desafios simultâneos (como problemas de saúde mental, transtornos de uso de substâncias e/ou deficiências) que impedem sua capacidade de manter um emprego estável e moradia permanente (30). Para simplificar, será utilizado nesta revisão de literatura o conceito de PSR utilizado na Europa pela tipologia ETHOS.

Outras formas de se entender os diferentes modos de estar na rua podem ser considerados. Por exemplo, o modo de estar na rua relacionado à sobrevivência: normalmente de famílias com crianças e adolescentes que utilizam a rua como espaço de sobrevivência, principalmente por meio do trabalho infanto-juvenil, com situações de mendicância em frente a supermercados e outros espaços públicos de grande circulação. Também através da venda de objetos, e por fim, com a coleta de materiais recicláveis significando outras formas de relação com a rua que diz respeito à sobrevivência. O modo de estar na rua relacionado à moradia: formas de morar e se relacionar com a rua que envolvem permanência, habitação, que podem ser com barracas fixas ou estruturas móveis, como pessoas que utilizam o próprio carrinho de coleta de materiais recicláveis para dormir e pernoitar. Outras pessoas que tem um perfil mais nômade que usam seus colchões para se deslocar pela cidade e, por fim, aqueles que acessam e transitam entre alguns serviços da rede como albergues (36).

Os motivos mais comuns de estar nas ruas são os financeiros, conflitos familiares, abuso de substâncias psicoativas e pessoas com sofrimento mental agravados sem acompanhamento. Há adolescentes e jovens adultos que evadem ou encerram seu período de acolhimento institucional e acabam em situação de rua e, ainda, pessoas egressas do sistema prisional por falta de programas de reinserção social. Não se pode descartar as pessoas que ingressam nas ruas por opção ou desejo de liberdade e os modos de vida que se podem constituir nas ruas. A ida para as ruas, de um modo geral, pode ser vista como uma consequência de uma estrutura social excludora (37).

2.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

O reconhecimento sobre a relevância em se olhar para a População em Situação de Rua (PSR), na esfera governamental e de políticas públicas, é relativamente recente no Brasil. Após a Constituição Federal de 1988, o primeiro documento oficial que evidencia a concepção de que a atenção a esse segmento exige um arranjo setorial, intersetorial e multiníveis de gestão é a Política Nacional da Assistência Social de 2004. Logo após, em 2005, a Lei n 11.258, 30/12/05, alterou o parágrafo único do art. 23 da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS: “Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: II - às pessoas que vivem em situação de rua.” Estabeleceu, assim, a obrigatoriedade de criação de programas direcionados à PSR, no âmbito da organização dos serviços de assistência social, numa perspectiva de ação intersetorial (38).

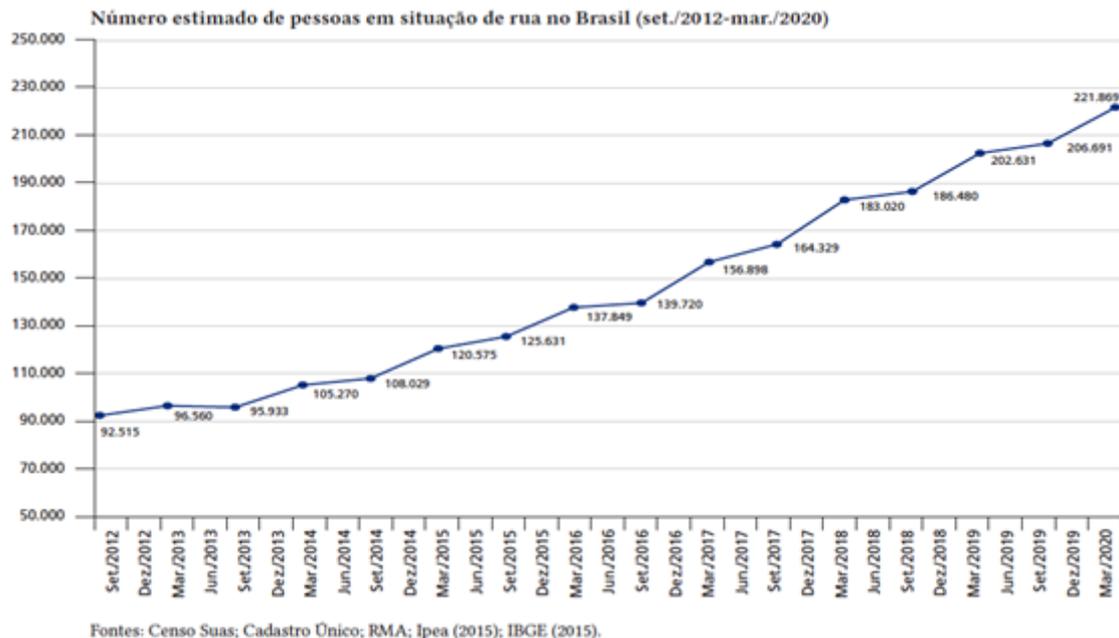
A pouco mais de uma década, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto n° 7053 de 23 de dezembro de 2009). Para o governo brasileiro, o conceito de população em situação de rua caracteriza um grupo heterogêneo, que vivencia pobreza extrema, que tem em comum pouco ou nenhum vínculo familiar e, por fim, não possui moradia convencional regular, fazendo uso de áreas públicas e/ou unidades de acolhimento para moradia temporária ou permanente (39).

Até o momento, não há nenhuma pesquisa federal que produza um mapeamento real da PSR no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelos censos demográficos no país, não tem um programa de contagem e classificação oficial dos popularmente chamados moradores de rua (15). Fato este, que já era lamentável por dificultar a inclusão das necessidades dessa população na agenda política e, atualmente no contexto da pandemia do COVID-19, torna-se ainda pior pois corre-se o risco de não conseguir ofertar espaços para acolher e abrigar essas pessoas dentro das normas sanitárias de distanciamento

social e controle da disseminação do vírus (40). Mesmo sem uma contagem real do montante de PSR, sabe-se que crises econômicas graves e prolongadas, como a que estamos vivenciando nos últimos anos em nosso país, estimulam o aumento da população sem emprego e moradia disposta a ocupar calçadas, viadutos e praças (15).

Segundo os últimos dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a estimativa de PSR no Brasil era de 221.869 em 2020 (41). O gráfico abaixo retirado da nota técnica nº 73 do IPEA apresenta o crescimento considerável e gradativo da PSR desde setembro de 2012 a março de 2020.

Figura 1 – Número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil (set./2012-mar./2020)



Fonte: Natalino (2020).

A falta de endereço fixo torna-se um fator excludente nos censos demográficos. Levantamentos desenvolvidos por prefeituras, pela defensoria pública ou por instituições do terceiro setor são a única maneira de coletar dados sobre a PSR. Como foram os casos dos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife e São Paulo, que compuseram o somatório do número encontrado no levantamento nacional, realizando, na época, suas próprias pesquisas separadamente e com metodologias diferentes. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua é o único inquérito nacional existente e, nesta oportunidade, foram pesquisados 71 municípios com mais de 300.000 habitantes. O perfil dessa população se deu por uma maioria de homens (82%), de faixa etária entre 25 e 44 anos (53%), sendo a proporção de negros (67%) consideravelmente maior que o percentual de negros na população brasileira (51%,

segundo Censo Demográfico de 2010), que exercem algum tipo de atividade remunerada (70%) e que costumam dormir na rua (70%). Por fim, os principais motivos que os levaram à situação de rua foram: alcoolismo/drogas (35%), desemprego (30%) e conflitos familiares (29%) (19). Vários estudos em diferentes países trazem um perfil similar ao encontrado no Brasil (33) (42) (43) (44) (45).

O crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação (Figura 1) se dá por inúmeros fatores, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas (46).

No entanto, algumas estratégias de políticas públicas existentes para atender as demandas da PSR incluem os Consultórios de Rua, o Plano Operativo Para Implementação De Ações Em Saúde Da População Em Situação De Rua 2012-2015 e os Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centros Pop), com o objetivo de contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua. Os consultórios de rua foram criados em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica e visam ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. As equipes de consultório de rua (eCR) são multiprofissionais e desenvolvem ações integrais de saúde, de forma itinerante. Quando necessário, também desenvolvem ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território. A organização dos consultórios se dá da seguinte maneira:

Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição abaixo) e os demais, entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição abaixo) e os demais, entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Letra A: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional. Letra B: Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, Educador Físico e profissional com formação em Arte e Educação. Além do caráter

específico para o atendimento da população em situação de rua, as eCR também foram criadas para atendimento de atenção básica de usuários de álcool e outras drogas.

Atualmente, a Resolução N° 40, de 13 de outubro de 2020 foi criada a fim de estabelecer diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, crianças, adolescentes, adultas e idosas, que devem ser garantidos pelo Estado por meio do acesso às políticas públicas e aos órgãos do sistema de justiça e defesa de direitos. O Art. 55 da resolução aponta que o trabalho social com a população em situação de rua deve ter atenção com os determinantes e impactos sociais das suas condições de saúde, atuando de forma articulada com a Rede de Atenção à Saúde, compartilhando cuidados entre as equipes, principalmente em relação à Tuberculose, Hanseníase, HIV/AIDS, necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, demais questões de saúde mental e deficiências, dentre outras. O parágrafo XIII do Art.109 visa a criação de instrumentos para produção de dados e informações a respeito da saúde da população em situação de rua para criar indicadores de saúde. Art. 112 inclui a garantia ao atendimento de saúde bucal. O Art. 119 é voltado aos profissionais da saúde, em que deve ser oferecido treinamento constante para atendimento à população em situação de rua, em especial treinamentos voltados à educação em direitos humanos para o oferecimento de serviços humanizados e combatendo estigmas que existem em relação às pessoas em situação de rua (16).

2.4 SAÚDE GERAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O perfil de saúde das pessoas em situação de rua mundialmente é composto por infecções, distúrbios mentais, lesões, envenenamentos, distúrbios cardiovasculares como condições sistêmicas mais prevalentes (10). Além disso, a PSR possui piores taxas de morbidade e mortalidade em comparação com a população em geral (3) ainda pela falta de melhoria da qualidade do cuidado e da qualidade da proteção social. A overdose de drogas foi a principal causa de morte em um estudo de coorte, seguido de câncer e doenças cardíacas, apresentando um aumento expressivo na taxa de mortalidade dessas causas específicas quando comparado com coorte anterior e ocorrendo em taxas substancialmente mais altas do que na população geral (46) (47).

No Brasil, pode-se traçar um perfil sobre a saúde geral da PSR de acordo com o último levantamento epidemiológico realizado, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Aproximadamente um terço dos entrevistados (29,7%) afirmaram ter algum problema de saúde. Dentre os problemas relatados, os mais prevalentes foram hipertensão (10,1%),

problemas psiquiátricos / mentais (6,1%), HIV/AIDS (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%). Em torno de um quinto dos participantes (18,7%) afirmaram fazer uso de algum medicamento e pouco menos da metade (43,8%) afirmaram que procuram primeiramente o hospital ou emergência quando estão doentes, em contrapartida de 27,4% que procuram as UBS. Em relação aos hábitos pessoais de higiene, os locais mais usados pela PSR para tomar banho são a rua (32,6%), os albergues/abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%) (14). Outro estudo nacional apresentou como principais problemas de saúde relatados o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais (47).

O campo da saúde ainda apresenta um condicionamento muito pautado na forma de trabalhar a doença no corpo do sujeito, mas existe, na rua, uma população que necessita que se compreenda também o seu modo de vida e de existência na rua. Entender o modo de viver e de desejar na rua, que é bem diferente e que faz toda a diferença no contexto da produção do cuidado dessa população. Entender que a rua não é um espaço apenas de riscos e danos, mas também pode ser um espaço de proteção, de acolhimento, de construção e de vida a pessoas que sofrem violência no ambiente familiar e encontram na rua um espaço mais protegido (36).

2.5 USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O abuso de álcool e outras drogas são caracterizados como preditores clínicos para falta de moradia (7), além de fatores de risco para doenças sistêmicas (48). Pode-se observar, em vários estudos, que dentre os problemas de saúde mais comuns mundialmente na PSR estão dependência de drogas, abuso de álcool e doença mental (49) (50). Em relação ao censo realizado no Brasil, a maioria das pessoas em situação de rua que já foram internadas em alguma instituição responderam terem sido em um Centro de Referência sobre Drogas (28,1%) (14). O uso de álcool e drogas por vezes constitui-se de fator etiológico para a situação de rua, outras vezes o motivo de permanência nessa situação, ou até mesmo o retorno à situação de rua após um período em âmbito familiar ou em reabilitação clínica (51) (52) (53).

Alguns estudos qualitativos avaliaram a percepção da PSR em relação ao uso de substâncias como meio de sobrevivência e inclusão nesse contexto de vulnerabilidade e abandono social (47). Observou-se o ponto de vista de alguns entrevistados sobre o uso da droga como forma de possibilitar a união das pessoas na rua diante dos problemas comuns que vivenciam. Foi apresentada, inclusive, a perspectiva daquelas pessoas em situação de rua que

não fazem uso de álcool ou drogas e de haver a possibilidade de um estigma reverso, no caso de quem está na rua e não faz uso de substâncias (54).

O estigma em relação a pessoas com distúrbios causados pelo uso de álcool e drogas é historicamente visto inclusive pelo fato de centros de tratamentos e reabilitação para dependentes serem totalmente separados de outros serviços de saúde. Pessoas com transtornos por uso de álcool e drogas são classificadas como altamente prováveis de serem perigosas e de serem mantidas socialmente distantes. Problemas de saúde que se acredita estarem sob maior controle do indivíduo, realizados intencionalmente e sob consciência, como distúrbios por uso de álcool e drogas ou obesidade, acumulam maior estigmatização social do que distúrbios considerados fora do controle, como distúrbios genéticos, como outras doenças mentais, como por exemplo esquizofrenia (30).

Além dessa percepção de controle que leva ao estigma social, os indivíduos com transtornos por uso de substâncias tendem a apresentar uma série de fatores sociais e culturais que também os predispõem ao uso e abuso de álcool e outras substâncias (40), fatores que, por sua vez, são altamente estigmatizados. Esses fatores incluem pobreza, marginalização, ambientes sombrios, doença mental, prostituição, incapacidade de cuidar de si mesmo, incapacidade de cuidar de crianças, desemprego, problemas legais e encarceramento, uso de drogas e HIV (30) (31). De fato, existe uma associação importante entre PSR e o uso de substâncias ilícitas com doenças como HIV, hepatites e tuberculose, devido a maiores crimes de violência e abuso sexual a que estão expostos, deixando o indivíduo mais vulnerável à contaminação. Outro dado relevante é a maior prevalência de sintomas depressivos encontrada nos usuários de crack em situação de rua, somada a um maior risco de cometer suicídio (55).

Uma pesquisa nacional demonstrou que os usuários de crack estão mais propensos a se engajarem em atividades de trabalho esporádico, sexo em troca de dinheiro e atividades ilícitas como roubo e tráfico de drogas como forma de obtenção de dinheiro. A inserção como mão de obra do tráfico de drogas aparece como uma estratégia de sobrevivência frente à vulnerabilidade econômica, deixando essa população mais exposta à violência (55).

2.5.1 Teste De Triagem Do Envolvimento Com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias

O Teste de Triagem de Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por um grupo internacional de pesquisadores sobre abuso de substâncias. O ASSIST tornou-se um instrumento bastante utilizado para triagem de uso abusivo de álcool e outras drogas e problemas relacionados em

pacientes de cuidados primários (56). Teve sua versão brasileira validada em 2004, apresentando boa sensibilidade e especificidade para álcool, maconha e cocaína. O tempo de aplicação do teste foi adequado para uso em anamnese de rotina, sendo outro fator positivo. Além de apresentar consistência interna e validade, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas (57). Geralmente, os estudos sobre álcool e drogas na área da odontologia não costumam utilizar um instrumento validado com avaliação temporal de uso, como é o caso do teste ASSIST, mas utilizam questões dicotômicas do tipo “faz uso: sim ou não” (58) (59).

2.6 SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

As precárias condições de saúde bucal da PSR estão bem documentadas na literatura, apresentando dados sobre alta prevalência de cárie (60) (61), impacto na qualidade de vida (12) (62), elevada percepção de necessidade de tratamento odontológico (63) (10) (52), em contrapartida pouca utilização dos serviços odontológicos (45), predominância de necessidades de cuidados de urgência odontológica (4) e maior número de dentes perdidos quando comparado com a população em geral (9). De acordo com a Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2016, “problemas nos dentes” foi a segunda maior doença relatada pelos entrevistados, perdendo apenas para “dependência química / álcool” (42).

Adultos em situação de rua que apresentaram índices de CPOD semelhantes em alguns estudos (43) (64) (58) (59). O número médio de dentes restaurados esteve associado com maior ansiedade dentária/medo de dentista em pessoas em situação de rua. É possível que a ansiedade odontológica nesta população tenha se desenvolvido devido a experiências anteriores negativas de tratamento odontológico (65). Estudos também mostraram relação entre dentes cariados e perdidos com depressão em pessoas em situação de rua (66).

2.6.1 Cárie dentária e sua relação com a desigualdade social

A cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal na maioria dos países. Sua principal consequência é a perda dentária, que causa prejuízo na capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos; na fonação, o que afeta o exercício de funções sociais; e no ato de sorrir, que causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas. (18).

Dentre os fatores modificadores da cárie podem ser considerados: classe social, escolaridade, renda e comportamento. Os fatores modificadores explicam a distribuição da doença e, nesse aspecto, pode-se observar que os indivíduos menos economicamente favorecidos concentram um número maior de lesões de cárie (52).

As perdas dentárias decorrentes da cárie constituem-se em uma marca da desigualdade social (67). Como exemplo dessa desigualdade social, um estudo realizado em todas as capitais brasileiras constatou baixa cobertura de saneamento básico, alta proporção de analfabetismo e de pessoas de baixa renda e menor esperança de vida foram encontradas nas capitais com maior prevalência de cárie e perda dentária e menos jovens livres de cárie. Além disso, apresentou outras consequências como baixa autoestima, dificuldade de inserção no mercado de trabalho e perda de oportunidade de emprego (68) o que pode ser considerado importante na determinação e diferenciação dos padrões epidemiológicos ligados à exclusão social, especialmente para a PSR que já é uma população tão fragilizada.

2.6.2 Saúde bucal, álcool e outras drogas

Dentre as substâncias ilícitas mais utilizadas pela PSR no Brasil, maconha, cocaína e crack contribuíram para o aumento da prevalência de lesões da mucosa oral e diminuição do fluxo salivar (69). A maconha é relatada na literatura como causadora de xerostomia e “cannabis estomatite” (com presença de leucoedema e ceratose) que pelo uso crônico pode progredir para neoplasia. Além de que o uso generalizado de tabaco e abuso de álcool marcado pela PSR torna essa população como um grupo de alto risco para câncer bucal (9). Também se observou aumento de candidíase oral e dificuldade no atendimento do paciente sob efeito de maconha devido ao possível aumento de ansiedade aguda, disforia e pensamentos paranóicos de tipo psicótico (43).

Em relação ao uso de cocaína e crack, um estudo mostrou que escores mais altos de dentes cariados e escores menores de dentes obturados e perdidos foram associados à dependência dessas drogas quando comparado a um grupo de não dependentes (70). As complicações orais em usuários de drogas podem ocorrer devido à exposição local, à interação biológica das drogas com os tecidos orais durante o contato, ou devido a comportamentos de risco, como o descuido de uma dieta rica em carboidratos. O consumo de cocaína também foi associado a manifestações orais, como aumento da taxa de proliferação celular em células da mucosa bucal normal, quebra cromossômica e morte celular nas células da mucosa oral, lesões gengivais, periodontite com maior porcentagem de perda de inserção clínica e aumento de

profundidade à sondagem, bruxismo, queixas de distúrbios da articulação temporomandibular e abrasão cervical dos dentes. Usuários de crack também tiveram pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal (46% pior) comparado a não usuários (71).

2.7 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, assim como em um estudo nacional nos Estados Unidos, a PSR apresentou maior procura por serviços de urgência e emergência do que por serviços de atenção primária (14) (72). Essa maior utilização de serviços de pronto-atendimento também é aumentada pelo abuso de álcool e drogas entre a população de rua além do aumento do risco de morte (5) (8).

A prevalência de procura por serviços de urgência por essa população também se dá no âmbito da Odontologia. Este fato pode estar relacionado a algumas barreiras encontradas pela PSR em relação ao acesso e utilização de serviços de saúde de atenção primária. Os maiores enfrentamentos relatados pela PSR foram o alto custo desses serviços (73) (74), a ansiedade dentária, ter uma vida geralmente caótica, doença mental e uso de substâncias (11) (75). A logística e burocracia em torno do atendimento odontológico também se constitui uma barreira vivenciada pela PSR (73). Barreiras ao acesso a cuidados dentários adequados também podem surgir devido a fatores do profissional, como falta de compreensão da doença mental, comum entre a PSR, e falta de confiança e experiência no tratamento desses pacientes (73) (74).

Um facilitador relatado por pessoas em situação de rua seria menos estigmatização e preconceito (73), temática bem presente na vida da PSR e discutida nesta revisão anteriormente. A educação profissional aparece em estudos como forma de sensibilizar os profissionais de odontologia e reduzir o estigma associado à falta de moradia. Assim, as experiências ruins que as pessoas em situação de rua possam já ter tido com os profissionais de saúde bucal podem ser minimizadas ou eliminadas e a preocupação e a ansiedade a respeito em ir ao dentista diminuídas (76) (77) (78).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a situação de saúde bucal de adultos em situação de rua na cidade de Porto Alegre-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (1) Avaliar clinicamente a saúde bucal e os fatores associados em uma amostra da população em situação de rua da cidade;

- (2) Comparar o índice CPOD da amostra estudada com outras populações, descrever e analisar os resultados de forma crítica e reflexiva sobre os fatores distintos à população em situação de rua.

4 ARTIGO

Evaluation of oral health and alcohol/drug use in a homeless population

A ser submetido à *Journal of Public Health Dentistry*

Diana Tremea, DDS¹, Marcela Obst Comassetto MSc, ¹, Juliana Balbinot Hilgert, PhD^{1, 2}

1 Postgraduate Program in Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil.

2 Postgraduate Program in Epidemiology, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil.

Abstract

Objectives: Evaluate the association between alcohol/drug use and oral health, based on the caries experience, in homeless people in South Brazil.

Methods: This is a cross-sectional study which was carried out with homeless accessing 1 shelter, 2 transitional housing and 2-day care centers from May to August of 2017. Structured questionnaires containing socioeconomic variables and questions about general health, and alcohol/drug use were used. A trained and calibrated researcher underwent oral examination evaluating the DMFT index. Statistical analysis was performed using the chi-square test and Fisher's exact test. Crude and adjusted analyzes were performed using Poisson regression with a robust estimate of variance using SPSS v. 24.0.

Results: 214 homeless people, with a mean age of 42.5 (± 13.2) years and a median of 40 (8 - 120) months of street life, participated in the study. Most of the sample had a moderate/high use of tobacco (64.1%, 134), and absent/lower use of alcohol, cannabis, and crack/cocaine (58.6%, 119, 63.2%, 117, and 70.1%, 138 respectively). In the multivariate analysis, cannabis use had an adjusted prevalence ratio (PRa) = 0.89 (CI 95%, 0.63–1.26) for DMFT, alcohol use had a PRa=1.15 (0.91-1.44) for decayed, crack/cocaine use had a PRa=1.17 (0.91-1.50) for missing teeth, but none of the above had significant statistical difference. Tobacco was not eligible for multivariate analysis for any of our outcomes.

Conclusions: A high prevalence of caries experience was found, which encourage us to continue developing oral health research in this vulnerable population in order to know their needs and contribute to a more comprehensive health care for homeless people.

Keywords: Homeless persons. Oral health. Substance abuse.

Introduction

Homelessness can be defined as a social condition that affects people's lives in a broad spectrum, including the violation of political citizenship and fundamental human rights, such as access to healthcare (1). This maintains homeless people on the shadows of society, thus causing considerable social exclusion, vulnerability, and extreme poverty (2). The most striking feature of the homeless population is the lack of a fixed address, including not only people who do not own a home, but also those with vulnerable housing (insecure or inadequate housing) and who lives on the streets or in temporary accommodation and shelters. (3) (4).

An important risk factor that can lead to homelessness is drug and alcohol use (5) (6). Previously literature showed that the lack of housing can also be a risk factor for substance use disorder (7). Person with a substance user disorder has higher probability to become homeless compared to non-users (8). According to the homeless population census carried out in Porto Alegre in 2016, the first reason that led people to homelessness was the alcohol and drug use, representing a quarter of the sample, followed by broken family ties. The survey also showed that one of the reasons for not using hostels / shelters was the prohibition of drinking alcohol and/or using drugs (9) (10).

Alcohol and drug use is very frequent among homeless people and, as a consequence, the co-occurrence of mental illnesses and disorders of psychoactive substances is high in this population (8) (11) (12) (13). In relation to the use of health services, studies showed that alcohol and drug abuse among the homeless are related to increased visits to emergency departments, in addition to the increased risk of death (14) (15) (16) (17). On the other hand, this population faces difficulties in using primary care services, including oral health care (18) (19). The consumption of alcohol or drugs was also related to the non-uptake of healthcare services (10) and lower prevalence of shelter use (20), which represents a condition that distances users from health services other than emergencies.

Findings of common diseases in homeless people have been documented worldwide and in a national survey. Infections, such as HIV/AIDS, mental disorders, injury, poisoning, and cardiovascular disorder were systemic conditions most prevalent in the target population (21) (22) (23). Moreover, studies have consistently shown a high prevalence of dental diseases as the main illnesses reported (26) (12) and representing the greater unmet health need (24) (25). Few studies that evaluated dental caries revealed a high prevalence, and extremely poor oral health (27) (28) (29) (30). In addition, studies have shown that people with substance use disorder had greater and more severe caries experience (31) than the general population. Since

substance abuse is even more frequent among homeless people, their oral health status may be worse than the general population when related to alcohol/drug use (32).

Although alcohol and drug use are a large problem globally, little is known about this subject in relation to oral health in homeless population. Given that the homeless adults have a higher prevalence of substance use than housed individuals (79) and given that there is a high risk of caries among people who use drugs (80) (81), we hypothesized that substance use may be associated with caries experience in a population of homeless adults. This frequent condition among the homeless reveals the importance of studying the subject and developing research in oral health related with alcohol and drug use. Based on that, the objective of this study was evaluating an association between alcohol/drug use and oral health, based on the caries experience of a homeless population in a capital city of South Brazil.

Methods

Study Design and Population

This study presents a secondary analysis of a cross-sectional dataset from a survey of the oral health condition of homeless adults in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. According to the municipal census, 2115 homeless adults were identified in the city of Porto Alegre in 2016 (10). The survey was applied to a sample of 214 people (about 10% of the homeless population). The recruited individuals attended social support institutions (1 shelter, 2 transitional housing, and 2 daytime drop-in centers). The data was collected between May and August 2017.

Eligibility criteria were people aged 18 years or older who were sheltered or in a condition of temporary shelter in predetermined locations. Individuals with severe signs of mental disorder or under effect of psychoactive substances were excluded, as this could impair the interview. Data collection consisted of interviews and oral examinations, both performed by a trained dentist. A response rate of at least 50% in each shelter was established.

Data Source and Survey Instrument

Initially, the questionnaire was pre-tested with 10 people to improve the questions. The questionnaire and the clinical examination were performed by a trained dentist who used artificial lighting, gauze, and a wooden spatula to collect the data for the DMFT score. Training and calibration of clinical conditions were performed using the in-lux method (by projection). The calibration technique was calculated using intra-examiner agreement coefficient and weighted Kappa coefficient, resulting in a value of 0.89.

Theoretical Framework

A theoretical framework previously described by Andersen & Davidson (1997) (33) was adapted for this study, and the variables were classified into four blocks: A) Exogenous variables (sex, age, and color/race). B) Socio-demographic (marital status, education level, weekly income, occupation). C) Behavior-related characteristics (reasons for being on the streets, duration of homelessness, sleeping sites, where spend most time during the day, tobacco use, alcohol use, cannabis use, crack/cocaine use). D) Oral health behavior (toothbrushing, last dental visit, self-report dental care need). The studied outcome was caries experience, quantified using the DMFT score. The DMFT index (sum of decayed, missing, and filled teeth) was dichotomized based on the median (lower/equal median or upper). The variable 'decayed teeth' was dichotomized considering 'no decayed teeth' and 'one or more decayed teeth'. The variable 'missing teeth' was dichotomized considering functional dentition (21 teeth or more) or non-functional dentition (less than 21 teeth).

Measures

For the purposes of statistical analysis, the following groupings were chosen, according to the four blocks of the theoretical framework: A) sex (male or female); age – based on quartiles (18-33 years old, 34-42 years old, 43-52 years old or 53 years or more); two-category race (white or non-white). B) Marital status (single/widow, married, separated/divorced); dichotomized education level (elementary school or less versus high school or greater); weekly income was collected as a quantitative variable and dichotomized based on the median (\leq R\$53,00 or $>$ R\$53,00); occupation status was grouped by categories (none/mendicity, pension/retired/social benefit, occasional jobs). C) Reasons for being on the streets (unemployment, family conflicts, alcohol and drugs addiction or 'other'); duration of homelessness (\leq 1 year or $>$ 1 year); sleeping sites (shelters/temporary accommodation or streets); where spend most time during the day (shelters/temporary accommodation or streets). D) Toothbrushing (rarely/never, once a day, twice a day or more); last dental visit (after or before homelessness); self-reported dental care need (no or yes). Smoking and drinking habits were collected as categorical variables and assessed based on the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (34). The answers considered for tobacco, alcohol, cannabis, and crack/cocaine use were reclassified into dichotomic variables: "absent/lower" and "moderate/high". The Committee of Ethics in Research of the Federal University of Rio Grande do Sul approved the study protocol.

Statistical Analyses

Chi-square test and Fisher's Exact test were used to evaluate differences in the variables studied, both with a 5% significance level. For the analysis of associated factors, crude and adjusted analyses were performed using Poisson regression with robust variance estimation. The variables that showed values of $P < 0.20$ were considered significant and maintained in the final model. The included variables for the analysis were age, sex, race, education level, cannabis use, alcohol use, crack/cocaine use, reasons for being on the streets, duration of homelessness, toothbrushing, last dental visit, self-reported dental care need. The statistical analyses were performed using SPSS v. 24. Details about the full methodology can be found in earlier paper (35).

Results

Two hundred and forty-two (242) homeless people living in Porto Alegre were invited for this study, and 214 individuals accepted to participate. Most of our sample consisted of men (76.2%, 163), non-white (58.3%, 123), single/widow (62.3%, 134), and with low education (81.6%, 173). The average age was 42.5 years old (range from 19 to 79 years), the median of weekly income was R\$ 53.50 (R\$21,00 – R\$222,50) (Brazilian Reais), and only 27.8% (59) had a paid occupation. The main reason reported by the participants to be on the street was due to family conflicts (41.0%, 86), followed alcohol and drugs addiction (23.3%, 49). Participants reported being homeless for a median period of 40 months (range from 8 to 120 months). Most of the individuals often sleep in shelters (86.9%, 186), and 65% (139) most spend the day in institutions. Finally, the majority of the sample had a moderate/high use of tobacco (64.1%, 134). On the other hand, alcohol, cannabis, and crack/cocaine use were absent/lower (58.6%, 119; 63.2%, 117, and 70.1%, 138 respectively) as shown in Table 1.

The relationship between the participants' variables and the outcome of caries experience is shown in Table 2. The outcome of caries experience was evaluated by participants with high DMFT score (h-DMFT), decayed teeth (D) and high missing teeth (h-M). The median of DMFT score was 9 and it was used as cutoff for h-DMFT (above the median value). For D, 'one or more decayed teeth' was considered as caries experience. For h-M, 'non-functional dentition' (less than 21 teeth) was considered as caries experience. In relation to the h-DMFT, 41.9% (36) of participants with caries experience had 'family conflicts' as a major reason for being on the streets. For missing teeth, 40.8% (42) had their last dental visit after homelessness.

Table 3 presents the main results of the ASSIST test. Tobacco, alcohol, cannabis, and crack/cocaine were considered for this study as they are the most frequently used drugs in the region. Other drugs measured by the ASSIST test, such as amphetamine and opioids, were null

or almost null among the study's population. In the multivariate analysis, cannabis use had an adjusted prevalence ratio (PRa) = 0.89 (CI95% 0.63–1.26) for DMFT, alcohol use had a PRa=1.15 (0.91-1.44) for decayed, crack/cocaine use had a PRa=1.17 (0.91-1.50) for missing teeth but none of the above had significant statistical difference. Tobacco was not eligible for multivariate analysis for any of our outcomes.

Discussion

This study evaluated dental caries and commonly drugs and alcohol used by homeless people in a city of south Brazil. This study did not find significant difference with substance use and alcohol with caries experience. Despite of a few existing studies that assessed oral health and drug use, to the best of our knowledge, this is the first study to evaluate caries experience and alcohol/drug use among homeless population in Brazil.

Limitations include a convenient non-probabilistic sample, which is common in studies with the target population. The sample was representative of homeless people who have sought shelters, though. Although the study was carried out in temporary care institutions, those roofless who only accessed the shelters on daytime were included, differently of other studies that included only homeless people classified as 'houseless' (36). This is a cross-sectional study, which limits the ability to make temporal inferences about substance use disorder and oral health on homeless people due to the possibility of reverse causality. However, it is important to consider that longitudinal studies in homeless people are a huge challenge, considering the itinerant nature of this population. (37).

The socioeconomic and demographic characteristics of the sample were similar to the census in Porto Alegre. The homeless people were predominantly men, middle age, non-white, and low education level, consistent with previous observations in other studies (10) (28) (29). Among the diseases that the interviewees said affected their lives in the census, a vast majority of the investigated population answered "chemical / alcohol dependence", and in second place, they highlighted "teeth problems" (9). The high prevalence of dental caries found in this study is in accordance with the prevalence found in other studies with homeless population (28) (29) (36) (27). More than half of females and males had untreated dental caries (D>0).

It is relevant to consider that homeless are a vulnerable population presenting many factors that can contribute to dental issues as caries experience (44). For instance, the lack of access to dental treatment, as we can see in the self-reported of dental care need, in addition to other socio demographic features that may contribute to their high prevalence of dental caries. This population faces daily barriers to access health services, even in a country with a universal

health system as Brazil, either due to the stigma suffered by these people, or due to structural barriers of the system itself (38).

The extreme poverty in which homeless people find themselves also reveals a particular lifestyle such as drug and alcohol use. Once the links to the street space are strengthened, a process can be installed in which the street becomes the primary space for personal relationships and survival strategies, leading to a gradual adherence to the codes of the streets and being configured as a space of resistance and survival. This fact is presented by some authors as part of living on streets (39). Studies showed that people with a substance use disorder had worse oral health in comparison to people who do not use drugs. Also, the longer the duration of drug use, the greater the risk for oral health problems (40), which may explain the fact that the association between oral health and drug and alcohol use was not found among homeless in this study, considering that half of the sample was less than one year experiencing homelessness. This finding is in agreement with previous studies in homeless population from other countries (27). Other study found association between alcohol, drug, and tobacco use with tooth loss in older homeless people. However, the missing teeth was self-reported (41), differently of the present study that assessed tooth loss due oral exam and used the CPOD index, which is universally accepted and the best known of all dental indexes since the 1930s (42).

The test for screening the abuse of alcohol and other drugs applied in this study - the alcohol, smoking and substance involvement-screening test (ASSIST) - is a widely used instrument and had its Brazilian version validated in 2004 (34). It presented good sensitivity and specificity for alcohol, marijuana and cocaine, precisely for drugs that were more prevalent in the population that were also the same as in this study. In addition, it presented internal consistency and validity, suggesting its usefulness in detecting the abuse of alcohol and other psychoactive substances (43). Most oral health studies when asking questions about drug use do not use an appropriate, validated, and structured instrument that evaluates time, as is the case of the ASSIST test. Usually, dichotomous questions such as "alcohol/drug use: yes or no" are common (36) (27).

Alcohol and drug use among homeless was not associated with caries experience in this study. However, the sample presented a high prevalence of caries experience, which encourage us to continue developing oral health research in this vulnerable population in order to know their needs and contribute to a more comprehensive health care for homeless people.

Acknowledgments: We gratefully acknowledge the homeless participants in this study.

Conflicts of Interest: There is no conflict of interest in this study.

REFERENCES

1. Brasil. Saúde da população em situação de rua. Ministério da saúde. 2014;
2. Somerville P. Understanding Homelessness. *Housing, Theory Soc.* 2013;30(4):384–415.
3. 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. [Internet]. 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
4. Hradecký I. Homelessness Definition and Typology. NADEJE o.s [Internet]. 2007;52. Available from: <https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007homedt.pdf>
5. Tsai J, Rosenheck RA, Haven W, Haven N, Haven N. Risk Factors for Homelessness Among US Veterans. *Epidemiol Rev.* 2015;37(1):177–95.
6. Jr RGT, Wall MM, Greenstein E, Grant BF, Hasin DS. Substance-Use Disorders and Poverty as Prospective Predictors of First-Time Homelessness in the United States. 2013;103:282–8.
7. Susser E, Moore R, Link B. Risk Factors for Homelessness. 2018;15(2):546–56.
8. Folsom DP, Hawthorne W, Ph D, Lindamer L, Ph D, Gilmer T, et al. Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10 , 340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *Am J Psychiatry.* 2005;162(February):370–6.
9. FASC. Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. UFRGS. 2016;1–103.
10. Pimenta MDM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civ - Rev Ciências Sociais.* 2019;19(1):82.
11. 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* [Internet]. 2014;384(9953):1529–40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
12. Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Nestadt G, Romanoski AJ, Ross A, et al. Health and Mental Health Problems of Homeless Men and Women in Baltimore. *JAMA J Am Med Assoc.* 1989;262(10):1352–7.
13. Kaduszkiewicz H, Bochon B, Van Den Bussche H, Hansmann-Wiest J, Van Der Leeden C. The medical treatment of homeless people. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(40):673–9.
14. Lombardi K, Pines JM, Mazer-Amirshahi M, Pourmand A. Findings of a national dataset analysis on the visits of homeless patients to US emergency departments during 2005-2015. *Public Health* [Internet]. 2020;178:82–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.003>

15. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: Results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(3):877–83.
16. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9784):2205–14. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2)
17. Thomas B. Homelessness kills : An analysis of the mortality of homeless people in early twenty-first century England. 2012.
18. Coles E, Edwards M, Elliott G., Freeman R, Heffernan A, Moore A. The oral health of homeless people across Scotland. 2011;2008–9. Available from: https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/smile4life_report2011.pdf
19. Oral N, Plan H. Healthy Mouths Healthy Lives. 2013;
20. Benjaminsen L, Andrade SB. Testing a Typology of Homelessness Across Welfare Regimes: Shelter Use in Denmark and the USA. *Hous Stud* [Internet]. 2015;30(6):858–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02673037.2014.982517>
21. Beijer U, Andréasson S. Physical diseases among homeless people: Gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):93–100.
22. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2018;391(10117):241–50. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X)
23. BRASIL. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. 2009. p. 1–240.
24. Simons D, Pearson N, Movasaghi Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Nat Publ Gr*. 2011;
25. Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1326–33.
26. Völlm B, Becker H, Kunstmann W. Prävalenz körperlicher Erkrankungen , Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern : eine Querschnittsuntersuchung. 1988;
27. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013;73(1):74–8.
28. Kaste LM, Bolden AJ. Dental Caries in Homeless Adults in Boston. *J Public Health Dent*. 1995;55(1):34–6.

29. Lo ECM, Luo Y, Dyson JE. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dent.* 2006;26(4):150–4.
30. Juliana Aparecida de Campos Lawder , Marcos André de Matos JB de S, Freire M do CM. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. *Rev Saude Publica.* 2019;53:22:1–10.
31. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction.* 2017;112(5):765–79.
32. Gibson G, Rosenheck R, Tullner JB, Grimes RM, Seibyl CL, Rivera-Torres A, et al. A national survey of the oral health status of homeless veterans. *J Public Health Dent.* 2003;63(1):30–7.
33. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res.* 1997;11(2):203–9.
34. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB de, Lacerda LA de, Formigoni MLO de S. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199–206.
35. Comassetto MO, Hugo FN, Neves M, Hilgert JB. Dental pain in homeless adults in Porto Alegre, Brazil. *Int Dent J.* 2020;1–8.
36. Pereira M de L, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral Heal Prev Dent.* 2014;12(2):109–16.
37. Caton CLM, Dominguez B, Schanzer B, Hasin DS, Shrout PE, Felix A, et al. Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *Am J Public Health.* 2005;95(10):1753–9.
38. Mago A, MacEntee MI, Brondani M, Frankish J. Anxiety and anger of homeless people coping with dental care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(3):225–30.
39. da Silva AB, Olschowsky A, Wetzels C, Silva TJ, Pavani FM. Understanding culture, stigma and drug as a lifestyle in the life of people living in the streets. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(10):3713–21.
40. Yazdanian M, Armoon B, Noroozi A, Mohammadi R, Bayat AH, Ahounbar E, et al. Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2020;20(1):1–18.
41. Freitas DJ, Kaplan LM, Tieu L, Ponath C, Guzman D, Kushel M. Oral health and access to dental care among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. *J Public Health Dent.* 2019;79(1):3–9.
42. Eklund. BA, Stephen BA. *Dentistry, Dental Practice, and the Community.* 6th ed. Elsevier; 2005.

43. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* [Internet]. 2002;97:1183–1194. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x/full>
44. Freeman R. Promoting Inclusion Oral Health: Social Interventions to Reduce Oral Health Inequities. *Dent J*. 2020;8(1):5.

Table 1 – Descriptive data of homeless population. Porto Alegre, 2020.

Variable	N (%)	
Sex	Male	163 (76.2)
	Female	51 (23.8)
Age	18 – 33 years	55 (25.6)
	34 – 42 years	53 (24.8)
	43 – 52 years	53 (24.8)
	53 years or more	53 (24.8)
Color/race	White	88 (41.7)
	Non-white	123 (58.3)
Marital status	Single/widow	134 (62.6)
	Married	34 (15.9)
	Separated/divorced	46 (21.5)
Education level	Elementary school or less	173 (81.6)
	High school or greater	39 (18.4)
Weekly income	≤ R\$53.00	103 (49.0)
	>R\$53.00	107(51.0)
Occupation	None/mendicity	50 (23.6)
	Pension/retired/social benefit	103 (48.6)
	Occasional jobs	59 (27.8)
Reasons for being on the streets	Unemployment	45 (21.4)
	Family conflicts	86 (41.0)
	Alcohol and drugs addiction	49 (23.3)
	Other	30 (14.3)
Duration of homelessness	≤ 1 year	115 (53.7)
	> 1 year	99 (46.3)
Sleeping sites	Shelters/temporary accommodation	186 (86.9)
	Streets	28 (13.1)
Where spend most time during day	Shelters/temporary accommodation	139 (65.0)
	Streets	75 (35.0)
Tobacco use	Absent/lower	75 (35.9)
	Moderate/high	134 (64.1)
Alcohol use	Absent/lower	119 (58.6)
	Moderate/high	84 (41.4)
Cannabis use	Absent/lower	117 (63.2)
	Moderate/high	68 (36.8)
Crack/cocaine use	Absent/lower	138 (70.1)
	Moderate/high	59 (29.9)
Tooth brushing	Rarely/never	26 (13.8)
	Once a day	48 (25.4)
	Twice a day or more	115 (60.8)
Last dental visit	After homelessness	103 (54.2)
	Before homelessness	87 (45.8)
Self-reported dental care need	No	20 (9.6)
	Yes	188 (90.4)

Table 2 - Relationship between participant's variables and caries experience outcome. H DMFT: high DMFT (decayed, missing, filled teeth index) according to dichotomization based on the median; D: decayed teeth (at least one decayed teeth); h-M: high missing teeth (less than 21 teeth) considering non-functional dentition.

		h-DMFT N (%)	D N (%)	h-M N (%)	N total (%)
Sex	Male	77 (47.5)	103 (63.6)	54 (33.3)	163 (76.2)
	Female	27 (54.0)	26 (52.0)	21 (42.0)	51 (23.8)
Age	18- 33 years	6 (10.9)	32 (58.2)	2 (3.6)	55 (25.7)
	34- 42 years	20 (38.5)	34 (65.4)	14 (26.9)*	53 (24.8)
	43- 52 years	31 (59.6)	34 (65.4)	19 (36.5)*	53 (24.8)
	53 years or more	47 (88.7)	29 (54.7)	40 (75.5)*	53 (24.8)
Color/race	White	52 (59.1)	56 (63.6)	40 (45.5)	88 (41.7)
	Non-white	52 (43.0)	71 (58.7)	35 (28.9)*	123 (58.3)
Education level	Elementary school or less	89 (52.0)	107 (62.6)	67 (39.2)	173 (81.6)
	High school or greater	15 (38.5)	21 (53.8)	8 (20.5)*	39 (18.4)
Reasons for being on the streets	Unemployment	26 (59.1)	24 (54.5)	19 (43.2)	45 (21.4)
	Family conflicts	36 (41.9)*	48 (55.8)	25 (29.1)	86 (41.0)
	Alcohol and drugs addiction	27 (55.1)	36 (73.5)	19 (38.8)	49 (23.3)
	Other	15 (51.7)	21 (72.4)	12 (41.4)	30 (14.3)
Duration of homelessness	≤ 1 year	53 (46.9)	67 (59.3)	34 (30.1)	115 (53.7)
	> 1 year	51 (51.5)	62 (62.6)	41 (41.4)	99 (46.3)
Tobacco use	Absent/lower	39 (52.0)	46 (61.3)	27 (36.0)	75 (35.9)
	Moderate/high	62 (46.6)	80 (60.2)	47 (35.3)	134 (64.1)
Alcohol use	Absent/lower	57 (48.3)	66 (55.9)	40 (33.9)	119 (58.6)
	Moderate/high	42 (50.0)	56 (66.7)	32 (38.1)	84 (41.4)
Cannabis use	Absent/lower	65 (56.0)	70 (60.3)	50 (43.1)	117 (63.2)
	Moderate/high	27 (39.7)*	38 (55.9)	19 (27.9)*	68 (36.8)
Crack/cocaine use	Absent/lower	69 (50.4)	81 (59.1)	54 (39.4)	138 (70.1)
	Moderate/high	26 (44.1)	39 (66.1)	17 (28.8)	59 (29.9)
Toothbrushing	Rarely/never	10 (38.5)	14 (53.8)	6 (23.1)	26 (13.8)
	Once a day	28 (59.6)	27 (57.4)	21 (44.7)	48 (25.4)
	Twice a day or more	52 (45.2)	72 (62.6)	37 (32.2)	115 (60.8)
Last dental visit	After homelessness	59 (57.3)	64 (62.1)	42 (40.8)	103 (54.2)
	Before homelessness	37 (42.5)*	54 (62.1)	27 (31.0)	87 (45.8)
Self-reported dental care need	No	13 (65.0)	12 (60.0)	12 (60.0)	20 (9.6)
	Yes	89 (47.6)	115 (61.5)	62 (33.2)*	188 (90.4)

Table 3 - Prevalence ratio of DMFT, Decayed, and Missing teeth in relation to tobacco, cannabis, alcohol, and crack/cocaine use in homeless population. Porto Alegre, 2020.

Variables		DMFT		Decayed		Missing	
		PRc*	PRa*	PRc*	PRa*	PRc*	PRa*
Tobacco	Absent/lower	1		1		1	
	Moderate/high	0.90 (0.67 -1.19)		0.98 (0.78 - 1.23)		0.95 (0.80 -1.12)	
Cannabis	Absent/lower	1	1	1		1	1
	Moderate/high	0.71 (0.51 -0.99)	0.89 (0.63 - 1.26)	0.93 (0.72 -1.20)		0.77 (0.65 -0.92)	0.85 (0.70 -1.05)
Alcohol	Absent/lower	1		1	1	1	
	Moderate/high	1.03 (0.78-1.37)		1.19 (0.96 -1.49)	1.15 (0.91 - 1.44)	1.01 (0.86 -1.19)	
Crack/cocaine	Absent/lower	1		1		1	1
	Moderate/high	0.87 (0.63 – 1.22)		1.12 (0.89 -1.41)		0.91 (0.77 -1.06)	1.17 (0.91 -1.50)

*95% Confidence Interval

DMFT adjusted for age, race, education status, reasons for being in streets, toothbrushing, perceived dental treatment need.

Decayed adjusted for gender, reasons for being in streets

Missing adjusted for gender, age, race, education status, reasons for being in streets, duration of homelessness, toothbrushing, visit to dentist, self-reported dental care need.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema apresentado neste trabalho é bastante complexo. Pesquisar sobre a população em situação de rua a fim de produzir informação para o uso nas políticas públicas não deve ter o intuito de simplificar essa complexidade e, sim, de entender quem são esses sujeitos, entender as diversas rupturas por que passaram, o que reconstruíram nas ruas e entender os diferentes modos de estar na rua.

Entender que além das políticas voltadas à superação da situação de rua, deve-se pensar como esses indivíduos, famílias e grupos vão superar as vulnerabilidades que produziram a ida para essa situação em primeira instância. Não basta as pessoas terem um espaço de moradia apenas. É necessário uma estrutura completa para que consigam manter suas vidas fora das ruas, como ter acesso à renda, alimentação, higiene e saúde. Os governos necessitam pensar saídas que contemplem os modos de viver e desejos dessa população que são diferentes, por vezes, de quem tem um funcionamento domiciliado. Considerar que a rua também é um território afetivo, de sobrevivência, que diz sobre uma história de vida das pessoas. Há exigência de um suporte intersetorial neste contexto. Deve-se, também, evitar o processo de culpabilização individual do sujeito, pois essas vulnerabilidades são muitas vezes transgeracionais e estruturais na sociedade.

Nesse sentido, este estudo buscou avaliar a saúde bucal da população em situação de rua de Porto Alegre e sua relação com o uso de álcool e drogas, não encontrando associação significativa entre ambos. Estudos de saúde bucal de pessoas em situação de rua ainda revelam a necessidade da inclusão de saúde bucal nessa população e podem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e da qualidade da proteção social, compondo essa rede de suporte fundamental. O atendimento odontológico deve ser melhor integrado aos serviços de apoio à população em situação de rua, desmistificando a ideia de que essas pessoas tenham pior saúde bucal devido ao uso de álcool e outras substâncias que, por vezes, pode se apresentar como uma barreira de utilização dos serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS

1. Castel R. A Dinâmica dos Processos de Marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação.” *Cad CRH*. 1997;(22):19–40.
2. Natalino MAC. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL Marco Antonio Carvalho Natalino. Texto para Discussão IPEA [Internet]. 2016;(2246):36. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
3. Beijer U, Andréasson S. Physical diseases among homeless people: Gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):93–100.
4. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2018;391(10117):241–50. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X)
5. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: Results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(3):877–83.
6. Patten SB. Homelessness and Mental Health. *Can J Psychiatry*. 2017;62(7):440–1.
7. Tsai J, KasproW WJ, Rosenheck RA. Alcohol and drug use disorders among homeless veterans: Prevalence and association with supported housing outcomes. *Addict Behav* [Internet]. 2014;39(2):455–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.02.002>
8. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9784):2205–14. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2)
9. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: An oral health needs assessment. *Br Dent J*. 2007;202(12).
10. Parker EJ, Jamieson LM, Steffens MA, Cathro P, Logan RM. Self-reported oral health of a metropolitan homeless population in Australia: Comparisons with population-level data. *Aust Dent J*. 2011;56(3).
11. Mago A, MacEntee MI, Brondani M, Frankish J. Anxiety and anger of homeless people coping with dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(3):225–30.
12. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(2):136–44.
13. Feantsa. *On the Way Home ?* 2012;
14. BRASIL. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. 2009. p. 1–240.
15. DECRETO Nº 7.052 D. Decreto Nº 7.052, De 23 Dezembro De 2009. *Direito UNIFACS – Debate Virtual*. 2010;0(116):3–8.
16. Brasil. RESOLUÇÃO Nº 40, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020. 2020 p. 1–144.
17. Unidas O das N. Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto. 2015.
18. Antunes JLF, Peres MA O. *EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL*. 2a Ed. São Paulo: Editora Santos; 2013. 738p p.

19. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, et al. Global oral health inequalities: task group--implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):259–67.
20. Sanders AE, Australian Institute of Health and Welfare., Australian Research Centre for Population Oral Health., University of Adelaide. Social determinants of oral health : conditions linked to socioeconomic inequalities in oral health in the Australian population. 2007;(7):128.
21. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):201–6.
22. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40:44–8.
23. Lancet T. Health of the homeless. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9953):1478. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61924-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61924-3)
24. Eklund. BA, Stephen BA. *Dentistry, Dental Practice, and the Community.* 6th ed. Elsevier; 2005.
25. Freeman R, Doughty J, Macdonald ME, Muirhead V. Inclusion oral health: Advancing a theoretical framework for policy, research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(1):1–6.
26. Peace R. Social Exclusion: A Concept in Need of Definition? *Soc Policy J New Zeal.* 2001;(December):17.
27. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ.* 2002;80(2):97–105.
28. Pleace N. The new consensus, the old consensus and the provision of services for people sleeping rough. *Hous Stud.* 2000;15(4):581–94.
29. Goffman E. *STIGMA: NOTES ON THE MANAGEMENT OF SPOILED IDENTITY.* 1963.
30. Parekh R, Childs EW. Stigma and Prejudice. Vol. 233, *The Lancet.* 2016.
31. Franzese RJ. *The Sociology of Deviance: differences, tradition, and stigma.* Second edi. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher, LTD.; 2015.
32. Johnstone M, Jetten J, Dingle GA, Cameron Parsell, Walter ZC. Discrimination and well-being amongst the homeless : the role of multiple group membership. *Front Psychol.* 2015;6(June):1–9.
33. Doughty J, Stagnell S, Shah N, Vasey A, Gillard C. The Crisis at Christmas Dental Service: A review of an annual volunteer-led dental service for homeless and vulnerably housed people in London. *Br Dent J* [Internet]. 2018;224(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.1043>
34. Hradecký I. Homelessness Definition and Typology. NADEJE o.s [Internet]. 2007;52. Available from: <https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007homedt.pdf>
35. Tsai J, O'Toole T, Kearney LK. Homelessness as a public mental health and social Problem: New knowledge and solutions. *Psychol Serv.* 2017;14(2):113–7.
36. Varanda W. Descartáveis urbanos : discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde Urbans discarded : discussing the homeless population complexity and the challenge for public health policies. *Saúde e Soc.* 2004;13(1):56–69.
37. Gregis C. Corpo e ritual de uso de droga injetável entre meninos de rua. *Porto Alegre;* 2002.
38. Brasil M. Política Nacional de Assistência Social PNAS / 2004 Norma Operacional Básica. 2004;178.
39. 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. [Internet]. 2009. Available from:

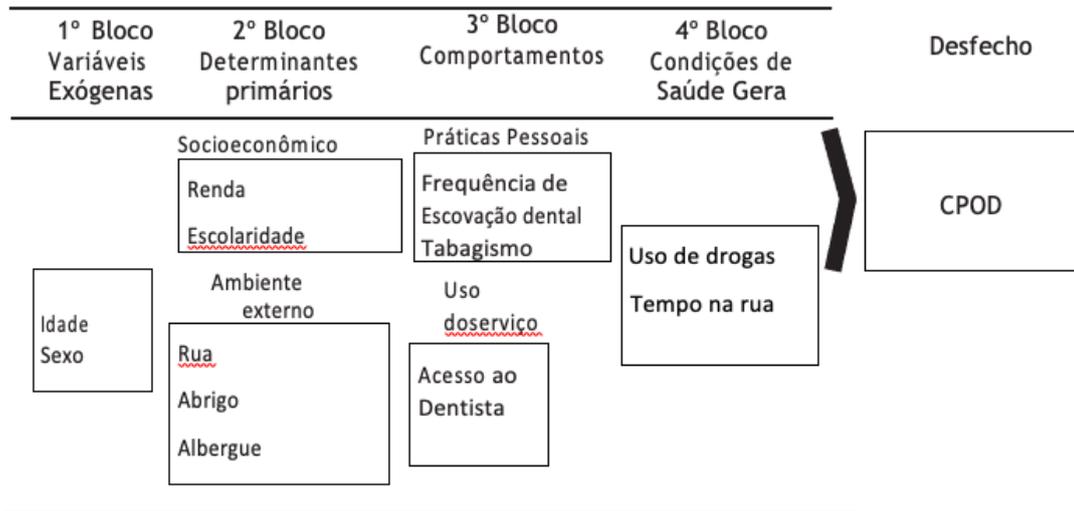
- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
40. Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Soc.* 2020;11(20):131.
 41. Natalino M. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL (SETEMBRO DE 2012 A MARÇO DE 2020). 2020.
 42. Pimenta MDM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civ - Rev Ciências Sociais.* 2019;19(1):82.
 43. Kaste LM, Bolden AJ. Dental Caries in Homeless Adults in Boston. *J Public Health Dent.* 1995;55(1):34–6.
 44. Lo ECM, Luo Y, Dyson JE. Oral health status of institutionalised elderly in Hong Kong. *Community Dent Health.* 2004;21(3):224–6.
 45. Paisi M, Kay E, Burrows M, Withers L, Plessas A, McDonald L, et al. “Teeth Matter”: engaging people experiencing homelessness with oral health promotion efforts. *Br Dent J.* 2019;227(3):187–91.
 46. BRASIL. SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Ministério da Saúde. 2014;
 47. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador , Bahia , Brasil Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador , Bahia State , Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(1):115–24.
 48. 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 [Internet].* 2014;384(9953):1529–40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
 49. Folsom DP, Hawthorne W, Ph D, Lindamer L, Ph D, Gilmer T, et al. Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10 , 340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *Am J Psychiatry.* 2005;162(February):370–6.
 50. Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Nestadt G, Romanoski AJ, Ross A, et al. Health and Mental Health Problems of Homeless Men and Women in Baltimore. *JAMA J Am Med Assoc.* 1989;262(10):1352–7.
 51. Tsai J, Rosenheck RA, Haven W, Haven N, Haven N. Risk Factors for Homelessness Among US Veterans. *Epidemiol Rev.* 2015;37(1):177–95.
 52. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: Revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Cienc e Saude Coletiva.* 2007;12(6):1611–21.
 53. Jr RGT, Wall MM, Greenstein E, Grant BF, Hasin DS. Substance-Use Disorders and Poverty as Prospective Predictors of First-Time Homelessness in the United States. 2013;103:282–8.
 54. da Silva AB, Olschowsky A, Wetzel C, Silva TJ, Pavani FM. Understanding culture, stigma and drug as a lifestyle in the life of people living in the streets. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(10):3713–21.
 55. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: Um estudo multicêntrico em seis capitais Brasileiras. *Cad Saude Publica.* 2017;33(6).
 56. Group WAW. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care. World Heal Organ. 2010;
 57. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB de, Lacerda LA de, Formigoni MLO de S. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement

- Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199–206.
58. Pereira M de L, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral Heal Prev Dent.* 2014;12(2):109–16.
 59. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent.* 2013;73(1):74–8.
 60. Fernandes R. Prevalência Da Cárie Dental Em Crianças E Adolescentes Em Situação De Rua , No Município Adolescentes Em Situação De Rua , No Município. 2005;
 61. Contreras-Bulnes R, Reyes-Silveyra LJ, Fuentes-Alvarez T, Escamilla-Rodriguez F, Rodríguez-Vilchis LE. Dental caries and treatment needs in street children in Toluca , Mexico. *Int Dent J.* 2008;58:134–8.
 62. Juliana Aparecida de Campos Lawder , Marcos André de Matos JB de S, Freire M do CM. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. *Rev Saude Publica.* 2019;53:22:1–10.
 63. Okunseri C, Girgis D, Tarima SS. Factors associated with reported need for dental care among people who are homeless using assistance programs. *Spec Care Dent.* 2010;30(4):146–50.
 64. Lo ECM, Luo Y, Dyson JE. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dent.* 2006;26(4):150–4.
 65. Beaton L, Coles E, Freeman R. Homeless in Scotland: An oral health and psychosocial needs assessment. *Dent J.* 2018;6(4):1–13.
 66. Coles E, Edwards M, Elliott G., Freeman R, Heffernan A, Moore A. The oral health of homeless people across Scotland. 2011;2008–9. Available from: https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/smile4life_report2011.pdf
 67. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: Uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica.* 2007;23(8):1803–14.
 68. Da Silva JV, Machado FC de A, Ferreira MAF. Social inequalities and the oral health in Brazilian capitals. *Cienc e Saude Coletiva.* 2015;20(8):2539–48.
 69. SORDI B, Rachel Captzan MASSOCHIN AR de C, LEMOS T, Etienne de Andrade MUNHOZ M, de Andrade Munhoz E. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances Mariane. *Braz Oral Res [Internet].* 2017;31. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102>
 70. Cury PR, Oliveira MGA, de Andrade KM, de Freitas MDS, dos Santos JN. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. *Environ Sci Pollut Res.* 2017;24(8):7585–90.
 71. Raquel Pippi Antoniazzi, Fabricio Batistin Zanatta, Thiago Machado Ardenghi CAF. The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. 2016;38(1):42–9.
 72. Lombardi K, Pines JM, Mazer-Amirshahi M, Pourmand A. Findings of a national dataset analysis on the visits of homeless patients to US emergency departments during 2005-2015. *Public Health [Internet].* 2020;178:82–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.003>
 73. Csikar J, Vinnall-Collier K, Richemond JM, Talbot J, Serban ST, Douglas GVA. Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. *Community Dent Health.* 2019;36(1):137–42.
 74. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J.* 2014;59(2):234–9.
 75. Goode J, Hoang H, Crocombe L. Homeless adults’ access to dental services and

- strategies to improve their oral health: A systematic literature review. *Aust J Prim Health*. 2018;24(4):287–98.
76. Stormon N, Pradhan A, McAuliffe A, Ford PJ. Does a facilitated pathway improve access to dental services for homeless and disadvantaged adults? *Eval Program Plann*. 2018;71(August):46–50.
 77. Stormon N, Sowa PM, Anderson J, Ford PJ. Facilitating Access to Dental Care for People Experiencing Homelessness. *JDR Clin Transl Res*. 2020;XX(X):1–10.
 78. Mago A, Brondani MA, MacEntee MI, Frankish CJ. A Model Pathway to Oral Health Care for Homeless People. *J Can Dent Assoc*. 2018;84(I):i10.
 79. Fischer PJ, Breakey WR. The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol*. 1991;46(11):1115–28.
 80. Paisi; M, Witton; R, Plessas A. Is there an association between drug use and oral health conditions? *Evid Based Dent*. 2021;22(1).
 81. Yazdanian M, Armoon B, Noroozi A, Mohammadi R, Bayat AH, Ahounbar E, et al. Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):1–18.
 82. Freeman R. Promoting Inclusion Oral Health: Social Interventions to Reduce Oral Health Inequities. *Dent J*. 2020;8(1):5.

**APÊNDICE A – MODELO TEÓRICO ADAPTADO DE ANDERSEN & DAVIDSON
(1997)**

Modelo teórico para determinação da cárie dentária na População em Situação de Rua



ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ARTIGO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado! Quero convidá-lo para participar de uma pesquisa que está sendo realizada sobre saúde bucal da população em situação de rua. A pesquisa é intitulada “Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar” e tem como objetivo avaliar a situação de saúde bucal desta população e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. Este tema foi escolhido pela importância de conhecer as necessidades de saúde bucal destas pessoas para melhorar os serviços. O trabalho está sendo realizado pela dentista Marcela Obst Comassetto, em conjunto com a Professora Dra. Juliana Hilgert. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema, sem benefício direto para você. Os resultados da pesquisa poderão ajudar os profissionais e os serviços odontológicos da cidade a organizar o cuidado em saúde bucal para as pessoas em situação de rua. Você tem total liberdade de se recusar a participar deste estudo, sem nenhum prejuízo a você. Se aceitar participar, você irá responder a algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica e de saúde, escolaridade, local de estadia, uso de álcool/drogas, assim como sobre questões sobre a sua saúde bucal: dor de dente, uso dos serviços de saúde/odontológicos, satisfação com sua saúde bucal, satisfação com o atendimento, higiene bucal. Após o questionário, será realizado um exame bucal rápido, com o uso de palito de madeira e gaze descartável, em local que permita a sua privacidade. Os riscos para você são mínimos, compatíveis com o desconforto de um exame bucal de rotina. O tempo previsto para essa avaliação completa é de 20 minutos. Se você necessitar de algum tratamento, você será informado sobre os serviços de saúde bucal disponíveis na cidade. Se você apresentar alguma mancha ou machucado em sua boca, faremos uma foto para registrar o tamanho. Qualquer dúvida você poderá perguntar à pesquisadora a qualquer momento. Caso você tenha algum desconforto ao responder os questionários ou receber o exame bucal, poderá avisar a pesquisadora e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a você. Os dados de identificação serão confidenciais e, em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, as informações fornecidas por você ou a fotografia serão identificadas, sendo a sua privacidade garantida pelas pesquisadoras. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação. Os dados obtidos serão utilizados somente para fins deste estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (Resolução CNS 466/12).

Ao assinar este Termo, declaro que fui informado:

- Sobre os objetivos e importância desta pesquisa de forma clara;
- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim nos serviços de saúde;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável: Juliana Balbinot Hilgert pelo telefone 3308-5205 ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2492 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS, 90035-004;
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, na Av. Paulo Gama, 110 (Sala 317), Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro - Porto Alegre/RS ou pelo telefone: 33083738 e e-mail: etica@propesq.ufrgs.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, avaliando e monitorando o andamento do projeto de modo que respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos.

Ciência e de acordo do participante da pesquisa:

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

DIGITAL

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Representante legal

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Declaro que assinei 2 vias deste Termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Porto Alegre, ____/____/____

ANEXO B – INSTRUMENTO ARTIGO

CÓDIGO IDENTIFICADOR:	Local: [] 1 Albergue Municipal [] 2 Abrigo Bom Jesus [] 3 Abrigo Marlene [] 4 Centro Pop I [] 5 Centro Pop II	Observações:
Entrevistador: _____		
Data: ____/____/____		

BLOCO I - DADOS PESSOAIS/SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Data de Nascimento: ____/____/____

(se não souber, pedir documento ou anotar apenas a idade)

2. Sexo (não perguntar)

Masculino	1	[]
Feminino	2	[]

3. Qual a sua raça / cor? (perguntar qual a cor que a pessoa se considera)

Branca	1	[]	
Negra/ Preta	2	[]	
Parda	3	[]	[] 6 Outra. Qual? _____
Amarela	4	[]	[] 7 Não sei
Indígena	5	[]	

4. Onde nasceu? (registrar a Cidade e o Estado) _____ [] Não sei

5. Sempre morou em Porto Alegre?

Não sei	1	[]
Sim	2	[]
Não (fazer a 5.1 e 5.2)	3	[]

➔ **5.1 Onde morava antes de vir a Porto Alegre?**

Região Metropolitana	1	[]
Interior do Estado	2	[]
Outro Estado. Qual? _____	3	[]
Outro País. Qual? _____	4	[]
Não sei	5	[]

➔ **5.2 Há quanto tempo vive em POA?**

_____ [] Não sei

6. Há quanto tempo está em situação de rua? (investigar tempo aproximado nas situações abaixo)

6.1 Em abrigos _____ *(perguntar sobre tempo em outros abrigos)*

6.2 Em albergues _____

Somatório: _____

6.3 Na rua _____

(não perguntar)

7. O que o levou a ficar em situação de rua? (não ler as alternativas, múltipla escolha)

Desemprego	1	[]	
Conflitos/problemas familiares	2	[]	
Uso de álcool	3	[]	[] 7 Não sei
Uso de drogas	4	[]	
Doença/problema de saúde	5	[]	
Outro. Qual? _____	6	[]	

8. “Agora vou citar alguns documentos.” Se você tivesse que me mostrar esses documentos, quais você possui?

Carteira de Identidade	Sim	1	[]	Não	2	[]
CPF	Sim	1	[]	Não	2	[]
Carteira de Trabalho	Sim	1	[]	Não	2	[]
Título de Eleitor	Sim	1	[]	Não	2	[]
Certidão de Nascimento/Casamento	Sim	1	[]	Não	2	[]
Cartão SUS	Sim	1	[]	Não	2	[]

9. Estudou até que ano? (Perguntar até que ano e marcar nível equivalente à última série concluída)

Analfabeto/nunca foi à escola	1 []	6 []	Curso técnico/profissional
Ensino Fundamental incompleto (“primário”)	2 []	7 []	Ensino Superior incompleto
Ensino Fundamental completo (“ginásio”)	3 []	8 []	Ensino Superior completo
Ensino Médio incompleto	4 []	9 []	Pós-Graduação
Ensino Médio completo (“magist./cientif.”)	5 []	10 []	Não sei

10. Você tem filhos?

Sim	1	[]	➔ Quantos? _____
Não	2	[]	
Não sei	3	[]	

11. Qual a sua situação conjugal? (citar as alternativas para melhor entendimento)

É solteiro	1	[]
É casado/tem companheiro(a)	2	[]
É separado/divorciado	3	[]
É viúvo	4	[]

11.1 Você gostaria de informar sua orientação sexual/identidade de gênero? (Identidade de gênero refere-se a identificação diferente do sexo biológico. Orientação sexual refere-se a desejo sexual e/ou afetivo.)

Sim	1	[]	➔	Heterossexual	1	[]
Não	2	[]		Homossexual	2	[]
				Bissexual	3	[]
				*Transhomem	4	[]
				*Transmulher	5	[]
				Outro. Qual? _____	6	[]

*Transhomem = biologicamente sexo feminino com identidade masculina

*Transmulher = biologicamente sexo masculino com identidade feminina

(pode ser múltipla escolha)

12. Qual o local onde você dorme com mais frequência? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma)

Abrigo	1	[]
Albergue	2	[]
Hotéis/pensão	3	[]
Calçadas	4	[]
Ponte/viadutos	5	[]
Casas e prédios abandonados	6	[]
Na casa de amigos/ parentes	7	[]
Outro. Onde? _____	8	[]
Não sei	9	[]

13. Qual o lugar em que passas mais tempo durante o dia? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma)

Pelas ruas	1 []	4 []	Abrigo
No local de trabalho	2 []	5 []	Outro. Qual? _____
Casas de convivência/Centro Pop/CAPS	3 []	6 []	Não sei

“Agora vamos falar um pouco sobre dinheiro e renda”

14. O que você faz para sobreviver? (Não ler as alternativas, múltipla escolha)

Recebe benefício (BPC)	1	[]	Catador de material reciclável	9	[]
Recebe pensão	2	[]	Distribui panfletos	10	[]
Recebe bolsa-família	3	[]	Limpeza/faxina	11	[]
Recebe aposentadoria/INSS	4	[]	Faz programas/Prostituição	12	[]
Construção civil/pedreiro/pintor	5	[]	Reciclagem	13	[]
Lava/guarda carros/flanelinha	6	[]	Pede/achaca	14	[]
Carga e descarga	7	[]	Jardinagem	15	[]
Vendedor (doces, frutas, flores, jornais)	8	[]	Outro. Qual?	16	[]
		[]	Nada	17	[]
		[]	Não sei	18	[]

15. Quanto você acha que possui, mais ou menos, para passar 1 semana?

(se não souber dizer em semana, marcar por dia ou mês)

R\$ _____

16. Hipoteticamente, se você precisasse para uma emergência, por exemplo, de mil reais, como você conseguiria?

Pediria emprestado	1	[]	 Para quem? (familiar, amigo, vizinho, etc...)
Por si próprio/guardaria meu dinheiro	2	[]	_____
Pegaria empréstimo no banco	3	[]	
Não conseguiria	4	[]	
Não sei	5	[]	

17. "Agora vou listar algumas doenças ou problemas de saúde."

Me diga, por favor, se tem ou não: *(Leia cada uma das doenças e anote)*

Doenças de pele	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
DST	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
HIV / AIDS	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Hepatite	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doenças respiratórias/Asma	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doença mental/Psiq./Psicol. /Depressão/Dos nervos/Da cabeça	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Doença cardíaca/Sofre do coração	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Diabetes	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Dores no corpo	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Pressão alta	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Deficiência Física	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Com atadura/tala/gesso	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Tuberculose	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Dependência química/Álcool	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Não Sim	[] []	Onde?
Outra. Qual? _____	Não Sim	[] []	Faz Tratamento?	Sim Não	[] []	Onde?

18. Você procurou algum serviço de saúde no último ano?

Sim	1	[]	 Onde? _____ Por qual motivo? _____
Não	2	[]	
Não sei	3	[]	

BLOCO II – SAÚDE BUCAL

"Agora vamos falar um pouco sobre saúde bucal"

Mostrar cartão de respostas nº1

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Regular 4 Boa 5 Muito Boa 6 Não sei

19 – Como você classifica sua saúde bucal?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20 – Como você classifica a aparência de seus dentes e gengivas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21 – Como você classifica a sua mastigação?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22 – Como você classifica a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR

23. Você já teve dor de dente na sua vida?

Não sei (pular para o próximo questionário)	1	[]
Não (pular para o próximo questionário)	2	[]
Sim (fazer da 23.1 em diante)	3	[]



23.1 Quantas vezes na vida você já teve dor de dente?* _____

- *Se não souber dizer, perguntar:*
- 1 [] Poucas vezes
- 2 [] Algumas vezes
- 3 [] Muitas vezes

23.2 Já deixou de fazer alguma atividade que você costuma fazer por causa de dor de dente?

Sim	1	[] O quê? _____
Não	2	[]
Não sei	3	[]

23.3 Com que frequência você tem dor de dente atualmente?

Nunca	1	[]
Raramente	2	[]
Às vezes	3	[]
Repetidamente	4	[]
Sempre	5	[]

23.4 Quando foi a última vez que teve dor? _____

23.5 Você poderia me mostrar nessa linha qual o tamanho dessa sua última dor de dente? - mostrar escala de dor - (explicar que 0 significa nenhuma dor e 10 a pior dor possível)

23.6 Quanto tempo durou essa dor? _____
(anotar se minutos, dias, semanas, ...)

23.7 O que você fez para passar a dor?

Tomou remédio	1	[]
Colocou remédio	2	[]
Foi ao dentista	3	[] Onde? _____
Foi a serviço de saúde	4	[] Onde? _____
Tirou o dente	5	[] Onde? _____
Esperou passar	6	[]
Outro	7	[] O quê? _____



O que foi feito?
(investigar se foi
injeção,
procedimento)

QUESTIONÁRIO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

24. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?

Não sei	1	[]
Não	2	[]
Sim (fazer a 24.1)	3	[]

24.1 Por quê?

(não ler as alternativas)
(múltipla escolha)

Revisão	1	[]
Para extrair dente	2	[]
Resolver dor	3	[]
Para arrumar dente	4	[]
Para colocar prótese	5	[]
Outro. Qual?	6	[]

25. Você acha que necessita de prótese dentária? (preencher automaticamente "sim" para quem respondeu "colocar prótese" na questão anterior)

Não sei	1	[]
Não	2	[]
Sim	3	[]

26. Você já foi ao dentista?

(preencher automaticamente "sim" se na questão 23.6 a pessoa afirmou que "foi ao dentista")

Não sei (pular para questionário de higiene)	1	[]
Não (fazer apenas a 26.1)	2	[]
Sim (fazer da 26.2 em diante)	3	[]

26.1 Por que nunca foi ao dentista?

(não ler as alternativas, múltipla escolha)

Não senti necessidade	1	[]
Não tinha dinheiro	2	[]
Local distante/difícil acesso	3	[]
Dificuldade de transporte	4	[]
Horário incompatível	5	[]
Atendimento muito demorado	6	[]
Local sem o profissional que eu preciso	7	[]
Achou que não tinha direito	8	[]
Não tinha quem o acompanhasse	9	[]
Não gosta do profissional/do atendimento	10	[]
Tenho medo de dentista	11	[]
Outro. Qual?	12	[]
Não sei	13	[]

26.2 Quando foi a última vez? _____ (especificar se dias, meses, anos...)

26.3 Onde foi a última vez?

Posto de saúde	1	[]
Consultório particular	2	[]
Hospital	3	[]
Outro	4	[]

Qual? _____
Qual? _____

26.4 Qual o motivo da sua última consulta com dentista? (não ler as alternativas, múltipla escolha)

Revisão/prevenção/check-up	1	[]
Dor	2	[]
Extração	3	[]
Tratamento. Qual? _____	4	[]
Outro motivo. Qual? _____	5	[]
Não lembro	6	[]

*perguntar se estava doendo e se a dor foi o motivo da consulta

26.5 O que você achou do seu último tratamento com o dentista? (mostrar cartão de resposta nº1)

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Regular 4 Bom 5 Muito Bom 6 Não sei
[] [] [] [] [] []

***SE NA 26.2 A ÚLTIMA CONSULTA FOI HÁ MAIS DE 1 ANO**

26.6 Por que não procurou serviço odontológico no último ano? (múltipla escolha)

Não sentiu necessidade	1	[]
Não tinha dinheiro	2	[]
Local distante/difícil acesso	3	[]
Dificuldade de transporte	4	[]
Horário incompatível	5	[]
Atendimento muito demorado	6	[]
Local sem o profissional que eu preciso	7	[]
Achou que não tinha direito	8	[]
Greve no serviço	9	[]
Não tinha quem o acompanhasse	10	[]
Não gosta do profissional/do atendimento	11	[]
Negaram o atendimento	12	[]
Medo de Dentista/não gosta de dentista	13	[]

Outro. Qual?	14	[]
Não sei	15	[]

***SE NA 26.2 A ÚLTIMA CONSULTA FOI HÁ MENOS DE 1 ANO**

26.7 Neste atendimento/tratamento, foi receitado algum medicamento pelo dentista?

Não sabe/não lembra	1	[]
Não	2	[]
Sim (fazer a 26.8)	3	[]

26.8 Recebeu os medicamentos pelo SUS?

Sim, todos	1	[]
Sim, parcialmente	2	[]
Não	3	[]

***SE A ÚLTIMA IDA AO DENTISTA FOI DEPOIS DE ESTAR EM SITUAÇÃO DE RUA**

26.9 Você conseguiu atendimento na primeira busca por atendimento odontológico?

Sim	1	[]
Não sei/não lembro	2	[]
Não (fazer a 26.10)	3	[]

26.10 Por quê? (não ler as alternativas)(múltipla escolha)

Faltou vaga/senha	1	[]
Não tinha dentista atendendo	2	[]
Serviço ou equipamento não estava funcionando	3	[]
Não tinha material	4	[]
Não podia pagar	5	[]
Não tinha documento	6	[]
Esperou muito/desistiu	7	[]
Negaram o atendimento	8	[]
Outro. Qual? _____	9	[]

26.11 Você conhece o Consultório na Rua (CnR)? (Térreo do Santa Marta – no centro, ao lado do mercado público)

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.12 Desde que você foi para a rua, alguma vez você utilizou o CnR para ir ao dentista?

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.13 Você conhece o Ação Rua? (equipe de abordagem social de rua - FASC)

Não	1	[]
Sim	2	[]

26.14 Desde que você foi para a rua, alguma vez você foi ao dentista com a ajuda do Ação Rua?

Não	1	[]
Sim	2	[]

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA HIGIENE BUCAL

27. Você limpa os seus dentes?

Não (pular para questões sobre cigarro)	1	[]
Sim (fazer todas as perguntas abaixo)	2	[]



Por quê?

28. Com que frequência você limpa os seus dentes?

Raramente/quase nunca	1	[]
Frequentemente, mas não todos os dias	2	[]
1 vez por dia	3	[]
2 ou mais vezes por dia	4	[]



29. O que você usa geralmente para fazer a limpeza de sua boca? (múltipla escolha)

Escova de dente	1	[]
Pasta de dente	2	[]
Fio dental	3	[]
Enxaguante bucal	4	[]
Palito	5	[]
Outro. Qual? _____	6	[]

30. Você tem uma escova só para você?

Sim (fazer a 31)	1	[]
Não, compartilho com outra pessoa	2	[]
Não, não tem escova	3	[]



31. Você tem onde guardar a sua escova?

Não	2	[]
Sim. Onde? _____	3	[]

32. Você tem acesso à água diariamente para escovar os dentes/lavar a boca?

Não	1	[]
Sim	2	[]



De onde vem a água que você utiliza?

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE USO DE TABACO, DROGAS E ÁLCOOL

"Agora vamos falar um pouco sobre cigarro"

33. Você fuma cigarros (tabaco, palha, palheiro) atualmente ou já fumou no passado?

Não, nunca fumei (pular para o próximo questionário)	1	[]
Parei de fumar (fazer 34, 34.1 e 34.2)	2	[]
Sim, fumo atualmente (fazer 35, 35.1, 35.2)	3	[]

[]

[]

[]

34. Há quanto tempo você parou de fumar?

34.1 Por quanto tempo você fumou?

35 Há quanto tempo você fuma? _____

35.1 Quantos cigarros você fuma por dia, em média?

menos de 11	1	[]
de 11 a 20	2	[]
de 21 a 30	3	[]
+ de 30	4	[]
Depende* (explicar)	5	[]

34.2 Quantos cigarros você fumava por dia, em média?

até 11	1	[]
de 11 a 20	2	[]
de 21 a 30	3	[]
+ de 30	4	[]

*Explicar: _____

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																		Nº Identificação							
<p>1</p> <p>18 17 16 15 14 13 12 11 61 62 63 64 65 26 27 28</p> <p>Coroa [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Raiz [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p>																		<p>85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 36 37 38</p> <p>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35</p>							
<p>Coroa [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Raiz [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p>																		<p>CONDICÃO</p> <p>0 0 Sadio</p> <p>1 1 Cariado</p> <p>2 2 Restaurado com cárie</p> <p>3 3 Restaurado sem cárie</p> <p>4 - Perdido por cárie</p> <p>5 - Perdido outras razões</p> <p>6 - Selante</p> <p>7 7 Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante</p> <p>8 8 Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta</p> <p>T - Trauma (fratura)</p> <p>9 9 Sem registro</p>				<p>TRATAMENTO</p> <p>0 = Nenhum</p> <p>1 = Restauração 1 face</p> <p>2 = Restauração 2 ou mais faces</p> <p>3 = Coroa por qualquer motivo</p> <p>4 = Faceta laminada</p> <p>5 = Tratamento pulpar e restauração</p> <p>6 = Extração</p> <p>7 = Outros cuidados</p> <p>8 = Outros cuidados</p> <p>9 = Sem registro</p>			

ANEXO C – INSTRUMENTO ASSIST



Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- SE "NÃO" em todos os itens, investigue: "Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
- e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
- j. outras – especificar:

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos		0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica
 Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

ANEXO D – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA FO-UFRGS



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 14 de setembro de 2016

ATA nº 10/2016.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:

Prezado Pesquisador JULIANA BALBINOT HILGERT,

Informamos que o projeto de pesquisa 31930 - Saúde Bucal da População Adulta em Situação de Rua: ampliando o olhar, encaminhado para análise foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

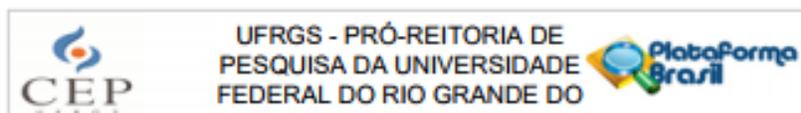
RESUMO: No contexto de extrema vulnerabilidade social no qual as pessoas em situação de rua estão inseridas, é bem documentado que esta população apresenta riscos aumentados de desenvolver e agravar problemas de saúde e, ainda, enfrenta muitas barreiras no cuidado à saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Visando investigar melhor esta questão, o presente estudo tem como objetivo avaliar, sob diversos ângulos, a situação de saúde bucal de adultos em situação de rua e a sua relação com os serviços odontológicos na cidade de Porto Alegre-RS. Serão realizadas três metodologias distintas que se complementam para ampliar o olhar sobre a temática. A primeira parte trata-se de um recorte metodológico, caracterizando-se como um estudo transversal descritivo. Será aplicado um questionário sobre saúde bucal com todos os adultos em situação de rua do município em conjunto com o censo da população adulta em situação de rua em Porto Alegre. O instrumento inclui questões sobre impactos da saúde bucal na vida diária, consulta odontológica, higiene bucal, dor dentária, auto-percepção de saúde bucal e perda dentária. A segunda metodologia trata-se de um estudo transversal analítico que será realizado através da aplicação de questionário, seguido de exame clínico de todos os adultos em situação de rua que acessam os 5 serviços próprios da Prefeitura de Porto Alegre. Os questionários abordam questões socioeconômicas, auto percepção de saúde bucal, impacto da saúde bucal na qualidade de vida, uso e avaliação do serviço de saúde bucal, dor dentária, ansiedade odontológica, uso de tabaco/álcool/drogas e higiene bucal. Além disso, as pessoas serão examinadas por um pesquisador previamente treinado e calibrado, quanto à cárie dentária, necessidade de tratamento, placa visível, inflamação gengival, uso e necessidade de prótese, lesão de mucosa e trauma dentário, obedecendo aos critérios dos índices clínicos propostos. O terceiro recorte trata-se de um estudo transversal descritivo que será realizado com todos os profissionais de saúde bucal atuantes da Atenção Básica de Porto Alegre, com o uso de questionários autoaplicáveis. Estes questionários serão entregues nos encontros das gerências distritais de saúde do município. O instrumento inclui questões socioeconômicas, sobre a formação e atuação profissional, além de questões sobre conhecimentos, experiências e crenças dos profissionais com relação à população em situação de rua. Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA), e à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS). Antes de serem convidados, os participantes serão informados dos objetivos, riscos e benefícios do estudo, tendo lido e assinado os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

PARECER: A coleta de dados será realizada nos centros de atendimento dia, no albergue e nos abrigos destinados às pessoas em situação de rua do município de Porto Alegre-RS (Albergue Municipal, Abrigo Municipal Marlene, Abrigo Municipal Bom Jesus, Centro de Atendimento dia - CENTRO POP - I e II). O projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA) e Plataforma Brasil. Pela aprovação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fabrício Mezzomo Collares
Coordenador da Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS

ANEXO E – APROVAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL



Continuação do Parecer: 2.046.776

Básicas do Projeto	ETO_847936.pdf	14:58:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOREVISADO.pdf	14/04/2017 14:56:10	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAREVISADO.pdf	14/04/2017 14:55:43	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2REVISADO.pdf	14/04/2017 14:55:30	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1REVISADO.pdf	14/04/2017 14:54:29	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Outros	CARTADEREAPRESENTACAO.pdf	11/03/2017 18:22:22	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOFASC.pdf	11/01/2017 17:10:10	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_JulianaBalbinot.pdf	11/01/2017 18:33:04	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOGAB.pdf	04/01/2017 10:26:43	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO.pdf	26/12/2016 14:25:23	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Brochura Pesquisa	CAPA.pdf	26/12/2016 14:09:39	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/12/2016 14:04:47	Juliana Balbinot Hilgert	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farsópolis CEP: 96.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: eika@propesq.ufrgs.br

**ANEXO F – STROBE STATEMENT—CHECKLIST OF ITEMS THAT SHOULD
BE INCLUDED IN REPORTS OF CROSS-SECTIONAL STUDIES**

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract. Page 28
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found. Page 28
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported. Page 29
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses. Page 30
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper. Page 30
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection. Page 31
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Page 31
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable. Page 32
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group. Page 32
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias. Page 31
Study size	10	Explain how the study size was arrived at. Page 30
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why. Page 32
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding. Page 33
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions. Page 33
		(c) Explain how missing data were addressed. Page 33
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy. Page 33

(e) Describe any sensitivity analyses. Page 33

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed. Page 33 <hr/> <i>(b)</i> Give reasons for non-participation at each stage <hr/> <i>(c)</i> Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders. Page 33 <hr/> <i>(b)</i> Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures. Page 34
Main results	16	<i>(a)</i> Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included. Page 34 <hr/> <i>(b)</i> Report category boundaries when continuous variables were categorized <hr/> <i>(c)</i> If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses. Page 34
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives. Page 34
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias. Page 34
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence. Page 35 -36
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results. Page 36
Other information		

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based. Page 36
---------	----	--

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.