RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO ORIGINAL

Dor de dente e desigualdades em saúde entre pessoas em situação de rua: um estudo censitário

Tooth pain, social vulnerability, and health inequities among homeless individuals: census-based study

Natália Moreira Teixeira[1,2], Sordaini Maria Caligiorne[1,2], Nicole Font[1,2], Amanda Iorgachov[1,2], Sofia Kalapothakis Coutinho[1], João Gabriel Malheiros[1], Frederico Garcia[1,2,3,4]

RESUMO

Este estudo investigou a prevalência de dor de dente e seus fatores associados em uma ampla população em situação de rua em Belo Horizonte, Brasil, com base nos dados do IV Censo da População em Situação de Rua, realizado em 2022. Trata-se de uma análise *ad hoc* de um estudo transversal de base censitária, que utilizou informações obtidas por meio de questionário estruturado contemplando características sociodemográficas, condições de saúde e acesso a serviços públicos. A dor de dente autorreferida foi analisada por meio de estatísticas descritivas e modelos de regressão logística, com estimativa de razões de chances ajustadas (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Entre os 2.461 indivíduos em situação de rua entrevistados, 33,3% relataram dor de dente. A prevalência foi maior entre mulheres, pessoas com filhos e indivíduos com condições de saúde específicas, como infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/aids e transtornos mentais. Na análise multivariada, histórico de violência doméstica (OR = 2,57; IC95% = 1,12–5,92), internação psiquiátrica prévia (OR = 1,74; IC95% = 1,03–2,95) e transtorno depressivo (OR = 2,06; IC95% = 1,42–3,00) associaram-se de forma independente ao relato de dor de dente. Em contrapartida, a percepção de bom estado geral de saúde mostrou-se fator protetor, reduzindo a chance de dor de dente em 48,8% (OR = 0,51; IC95% = 0,30–0,88). A elevada prevalência de dor de dente entre pessoas em situação de rua evidencia a necessidade de estratégias integradas de cuidado em saúde bucal e saúde mental. O fortalecimento de políticas públicas e da articulação intersetorial é fundamental para reduzir iniquidades e ampliar o acesso à atenção em saúde bucal em populações socialmente vulneráveis.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; População em situação de rua; Saúde bucal; Dor de dente; Saúde mental; Censo.

[1] Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde (NAVES), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[2] Programa de Pós-graduação em Neurociências, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[3] Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[4] Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado:
Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí.
Pouso Alegre/MG, Brasil.

Autor Correspondente:
Frederico Garcia
Departmento de Psychiatria: Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde.
Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30130-100,Belo Horizonte, Brasil.
E-mail: fredgarcia@ufmg.br

Comitê de Ética:
Número do Parecer - 59335022.7.0000.5149

ABSTRACT

This study aimed to assess the prevalence of tooth pain and its correlated factors among a large homeless population in Belo Horizonte, Brazil, using data from the IV Census of the Homeless Population (2022). A cross-sectional, census-based study was conducted, incorporating data from a structured questionnaire covering sociodemographic factors, health conditions, and access to public healthcare services. The presence of self-reported tooth pain was analysed using descriptive statistics and logistic regression models to estimate adjusted odds ratios (ORs). Among 2,461 homeless individuals surveyed, 33.3% reported experiencing tooth pain. Prevalence was higher among women, individuals with children, and those with specific health conditions such as sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS. Logistic regression analysis revealed that a antecedent of domestic violence (OR = 2.57; 95% CI = 1.12–5.92), psychiatric hospitalization (OR = 1.74; 95% CI = 1.03–2.95), and depressive disorder (OR = 2.06; 95% CI = 1.42–3.00) significantly increased the likelihood of reporting tooth pain. Conversely, good overall health status was a protective factor, reducing the probability of tooth pain by 48.8% (OR = 0.51; 95% CI = 0.30–0.88). The high prevalence of tooth pain among homeless individuals underscores the need for integrated dental and mental health services. Strengthening public health policies and intersectoral collaboration is critical to addressing oral health disparities in vulnerable populations.

Keywords: Social vulnerability; Homeless individuals; Oral health; Dental pain; Mental health; Census research.

Recebido em: 30 Maio 2025
Aprovado em: 23 Novembro 2025
Data de Publicação: 30 Abril 2026

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36102

Introdução

A população em situação de rua vivencia uma vulnerabilidade multidimensional, caracterizada pela exclusão socioeconômica, o acesso limitado aos serviços de saúde e desfechos precários em saúde bucal[1]. A precariedade da saúde bucal nessa população resulta de contingências reais como a falta de água potável, que resulta nas práticas inadequadas de higiene e do acesso restrito a serviços odontológicos[2,3]. Essas limitações contribuem para um ciclo de marginalização, no qual condições dentárias provocam dor crônica, comprometem a autoestima e dificultam a reintegração social[4].

Estudos prévios apontam que a situação de rua está associada a uma maior prevalência de cáries, doenças periodontais e perda dentária em comparação com a população geral[5,6]. No Brasil, 81,9% das pessoas em situação de rua relataram impactos negativos na saúde bucal, em contraste com 51,3% dos adultos e 55,3% dos idosos da população geral[7,8]. Dado o papel essencial da saúde bucal no bem-estar geral, compreender os fatores associados à dor de dente nessa população é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes.

A dor dentária ou odontalgia, frequentemente relatada nessa população, constitui uma urgência odontológica com potencial para se tornar crônica, impactando o bem-estar físico e emocional dos indivíduos[9-13]. Cáries dentárias e doenças periodontais não tratadas podem resultar em dor persistente, comprometendo a qualidade de vida e o funcionamento social[11,12] dos indivíduos. Além disso, a dor crônica pode agravar transtornos mentais, como a depressão, os transtornos de ansiedade e a demência, aumentando os custos e a demanda por serviços de saúde e os custos para o sistema de sáude[13,14]. Enquanto um importante indicador de saúde bucal[16], a dor de dente reflete problemas orais graves, como lesões cariosas e doença periodontal, servindo como uma medida eficaz e abrangente para avaliar as condições de saúde bucal em populações vulneráveis[16,17].

A relação entre saúde bucal e saúde geral deve ser amplamente reconhecida, uma vez que problemas dentários comprometem funções essenciais, como alimentação e sono, além de aprofundar desigualdades em saúde[4,9,10,12,13]. O manejo adequado da dor de dente e de suas condições associadas deve ser uma prioridade nas políticas públicas voltadas para populações vulneráveis, integrando o cuidado odontológico ao apoio social.

Conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde[18], os determinantes sociais da saúde (DSS) são

definidos por fatores econômicos, sociais e ambientais que influenciam diretamente a saúde bucal. A pobreza extrema aumenta o risco de desenvolvimento de doenças orais e restringe o acesso a cuidados preventivos e curativos[19]. A coexistência da desnutrição, do tabagismo, violência e transtornos mentais agrava ainda mais a deterioração da saúde bucal[21-23].

A abordagem ampliada de Ayres (2003)[15] permite uma análise mais aprofundada das três dimensões inter-relacionadas entre situação de rua e saúde bucal[14,15]. A dimensão individual abrange fatores biológicos, como a desnutrição e a prevalência de transtornos mentais[15]. A dimensão social, abrange a exclusão econômica, o rompimento de vínculos familiares e a discriminação. Esses fatores quando associados reduzem a resiliência social e limitam o acesso aos serviços de saúde[1]. Por fim, a dimensão programática abarca as falhas das políticas públicas e nos serviços de saúde. Frequentemente, esses serviços apresentam limitações ou barreiras que impossibilitam a adequada assistência das especificidades dessa população. Isso contribui com a perpetuação do ciclo de vulnerabilidade e privação[14].

Este estudo avaliou a prevalência de dor de dente entre a população em situação de rua de Belo Horizonte e investigou suas associações com fatores sociodemográficos, condições de saúde mental e doenças sistêmicas. Parte-se da hipótese de que a dor de dente nessa população não está apenas associada a condições clínicas, mas também é fortemente influenciada por determinantes sociais e fatores de saúde mental, refletindo a vulnerabilidade multidimensional vivenciada por pessoas em situação de rua.

Métodos

Desenho do Estudo

Este estudo realizou uma análise *ad hoc* dos dados de um inquérito censitário transversal, conduzido para com o objetivo de se avaliar o tamanho e as características da população em situação de rua de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, Brasil — o IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte, 2022 (4PEHC)[24].

Belo Horizonte, a capital do estado de Minas Gerais, possui aproximadamente 2,35 milhões de habitantes na área urbana e cerca de 5 milhões em sua Região Metropolitana[25], posicionando-se como a sexta capital brasileira mais populosa. A cidade tem se destacado na implementação de políticas públicas voltadas à população em situação de rua, tendo realizado três censos anteriores nos anos de 1998, 2005 e 2013[26-28].

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 59335022.7.0000.5149). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu nos dias 19 e 21 de outubro de 2022, no período das 7h à meia-noite, visando a maximizar as oportunidades de entrevista dos participantes, inclusive daqueles que as encontravam fora dos abrigos e albergues. O estudo contou com uma metodologia participativa, com o envolvimento de pessoas com experiências prévias de vivência nas ruas, que contribuíram na formulação da estratégia de coleta e atuaram como mediadores no primeiro contato com os potenciais participantes.

Os locais de coleta foram definidos com base em informações geográficas fornecidas pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC). A seleção dos pontos considerou as intervenções sociais realizadas envolvendo as pessoas em situação de rua no ano anterior. Esses pontos foram validados por assistentes sociais municipais, organizações não governamentais (ONGs) e lideranças comunitárias da população em situação de rua. A coleta de dados do censo se deu em abrigos, hospitais, instituições de assistência social, restaurantes populares, ruas, comunidades, habitações temporárias e áreas degradadas classificadas pelo IBGE, incluindo prédios, lojas e fábricas abandonadas utilizadas como moradia provisória. Ao final do estudo, 1.344 locais de coleta foram mapeados e cada ponto foi visitado ao menos duas vezes nos horários de maior probabilidade de presença de pessoas em situação de rua.

Durante a coleta de dados, duplas de pesquisadores apresentaram aos participantes os objetivos do estudo e os potenciais benefícios às pessoas em situação de rua (PSR). Em seguida, entrevistadores previamente treinados conduziram as entrevistas presenciais com os participantes.

Participantes

Foram incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que se enquadravam na definição de pessoa em situação de rua como "um grupo populacional heterogêneo com características comuns de extrema pobreza, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular, que utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como abrigos institucionais para pernoite ou moradia temporária"[25].

Foram excluídos indivíduos sem condições de fornecer consentimento informado, notadamente aqueles que se encontravam com comprometimento do sensório, do raciocínio e verbalização lógica, ou que se encontravam alcoolizados ou que apresentavam sintomas psiquiátricos observáveis que inviabilizavam a participação na entrevista. As equipes de coleta registraram o total de indivíduos presentes nos locais previamente identificados.

Parâmetros Avaliados

A variável dependente do estudo — dor de dente ou odontalgia — foi avaliada por meio da pergunta autorreferida: "Você está com dor de dente?", conforme estratégia adotada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010[8]. Essa abordagem permitiu otimizar o tempo de coleta e forneceu um indicador relevante de saúde bucal, considerando a impossibilidade de realizar avaliações clínicas individuais.

As variáveis independentes foram classificadas em cinco domínios principais:

Características sociodemográficas: idade, sexo, orientação sexual, cor da pele, estado civil, escolaridade, situação de emprego e renda mensal média. **Trajetória de rua:** local de origem, tempo em situação de rua, principais motivos para o ingresso nessa condição, histórico de encarceramento ou internações prolongadas e rede familiar.

Saúde e bem-estar: segurança alimentar, percepção do estado de saúde, histórico médico, uso de medicamentos e consumo de substâncias.

Engajamento comunitário: participação em atividades culturais e associativas. **Acesso a serviços de apoio:** utilização de serviços públicos voltados à assistência da população em situação de rua.

Análise dos Dados

A estatística descritiva foi feita para todas as variáveis. Utilizou-se o teste de Kolgorov-Smirnov para avaliar a normalidade das variáveis. A amostra foi estratificada de acordo com a presença ou ausência de odontalgia. A associação entre dor de dente e variáveis explicativas foi avaliada pelo teste do qui-quadrado, pela análise *post hoc* de Bonferroni. Variáveis com vaor de p <0,2 foram selecionadas para modelagem por regressão logística, considerando a natureza binária do desfecho. O modelo final incluiu apenas as variáveis com p <0,05.

Resultados

Foram identificadas 5.344 pessoas em situação de rua, das quais 2.403 completaram o questionário do estudo (Figura 1). Apenas 1,5% não respondeu à pergunta sobre dor de dente; resultando em uma amostra final composta por 2.365 indivíduos incluídos nessa análise.

Entre os participantes, 800 (33,8%) relataram estar com dor de dente. As Tabelas 1 e 2 apresentam a análise univariada, comparando os indivíduos com e sem relato de dor de dente.

Observa-se uma maior prevalência de dor de dente em mulheres, nos indivíduos com idade inferior a 49 anos e naqueles com menor nível de escolaridade (Tabela 1). Além disso, participantes que viviam com um companheiro(a)

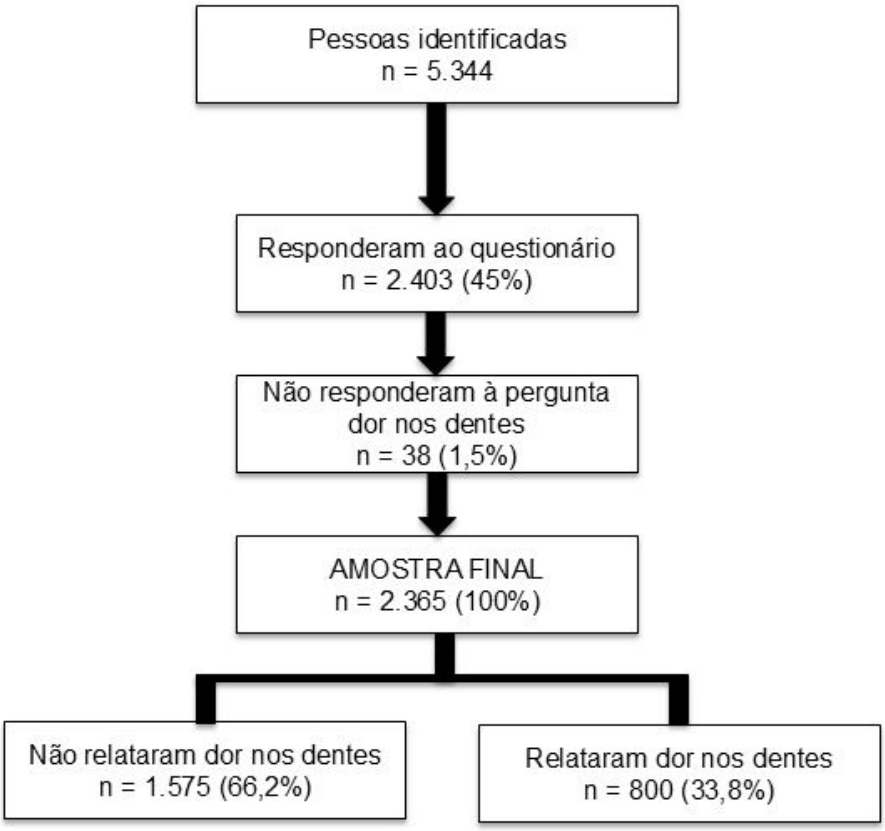

Figura 1. Fluxo de participantes do IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (4PEHC), em que foi avaliada a dor nos dentes.

Prevalência e fatores associados à dor de dente

Fonte: Figura dos autores.

Tabela 1. Comparação da prevalência das sociodemográficas e econômicas dos indivíduos em situação de rua relatando e não relatando dor de dente.

Variáveis	Dor de Dente Autorreferida			
	Não n (%)	Sim n (%)	Total (%)	*p*
Amostra total	1.565 (66,2)	800 (33,8)	2.365 (100)	**0,000**
Sexo				
Masculino	1.354 (86,5)	636 (79,5)	1.990 (84,1)	**0,000**
Feminino	211(13,5)	**164 (20,5)**	375 (15,9)	
Faixa Etária (anos)				
18 - 19	24 (1,6)	13 (1,6)	37 (2)	**0,000**
20 - 29	235 (15,2)	140 (17,7)	375 (16)	
30 - 39	387 (25)	226 (28,6)	613 (26)	
40 - 49	421 (27,2)	245 (31)	666 (28)	
50 - 59	**316 (20,4)**	121 (15,3)	437 (18)	
60 - 69	**139 (9)**	40 (5,1)	179 (8)	
≥ 70	**26 (1,7)**	5 (0,6)	31 (1)	
Escolaridade				
Nunca frequentou a escola	58 (7,9)	**40 (10,9)**	98 (4	**0,015**
Ensino fundamental completo	168 (23)	**97 (26,5)**	265 (11)	
Ensino médio/técnico incompleto	181 (24,8)	91 (24,9)	272 (12)	
Ensino médio/técnico completo	234 (32)	105 (28,7)	339 (14)	
Ensino superior incompleto	56 (7,7)	11 (3)	67 (3)	
Ensino superior completo	34 (4,7)	22 (6)	56 (2)	
Renda				
Menos de ½ SM (< R$ 750,00)	431 (69,7)	242 (74,5)	673 (28)	0,126
Entre ½ e 1 SM (até R$ 1,400,00)	139 (22,5)	53 (16,3)	192 (8)	
Entre 1 e 2 SM (até R$ 2,800,00)	37 (6)	21 (6,5)	58 (2)	
Mais de 2 SM (> R$ 2,800,00)	11 (1,8)	9 (2,8)	20 (1)	
Local de Origem				
Belo Horizonte	647 (41,1)	350 (44)	997 (42)	0,176
Outras cidades	918 (58,9)	445 (56)	1.363 (58)	
Vive em casal	322 (20,6)	**197 (24,6)**	519 (22)	**0,025**
Tem filhos	1.004 (64,6)	535 (67)	1.539 (65)	0,248
Vive com filhos	59 (5,9)	**48 (9)**	107 (5)	**0,024**
Motivo para estar em situação de rua				
Violência doméstica	50 (3,2)	**43 (5,4)**	93 (4)	**0,010**
Desemprego	**318 (20,3)**	133 (16,6)	451 (19)	**0,030**
Histórico de Institucionalização				**p**
Abrigos	**1.063 (67,9)**	496 (52)	1559 (66)	**0,004**
Instituições de longa permanência	60 (3,8)	24 (3)	84 (4)	0,300
Sistema socioeducativo	175 (11,2)	**118 (14,8)**	293 (12)	**0,013**
Sistema prisional	647 (41,3)	**393 (49,1)**	1.040 (44)	**0,000**
CERSAM/CAPS (Centros de Saúde Mental)	281 (18)	**187 (23,4)**	468 (20)	**0,002**
Comunidade terapêutica	144 (9,2)	**115 (14,4)**	259 (11)	**0,000**
Comunidade terapêutica	416 (26,6)	**252 (31,5)**	668 (28)	**0,012**

Legenda: * Teste do qui-quadrado. *Valores em negrito indicam associações estatisticamente significativas (p <0,05) entre as variáveis analisadas e a ocorrência de dor de dente na população em situação de rua. CERSAM/CAPS: Centros de Saúde Mental (Tabela dos autores).

ou filhos apresentaram maior probabilidade de relatar dor de dente. Associações estatisticamente significativas foram identificadas entre a presença de odontalgia e o histórico de violência doméstica, de internação psiquiátrica e de encarceramento (Tabela 1 e Tabela 2).

Doenças crônicas e transtornos mentais com exceção de tuberculose e hepatite, bem como uso de substâncias psicoativas, também se associaram a maiores probabilidades de o participante relatar ter dor de dente quando comparado aos indivíduos sem (Tabela 2).

Análise multivariada

As variáveis com valor de p <0,2 na análise univariada foram incluídas no modelo de regressão logística (Tabela 3). No modelo final, indivíduos que migraram de outras cidades apresentaram 1,45 vez mais chances de relatar sentir dor de dente quando comparados aos naturais de Belo Horizonte. Os participantes vivendo com seus filhos apresentaram um risco 1,90 vez maior, enquanto indivíduos com antecedentes de violência doméstica apresentaram uma probabilidade 2,57 vezes maior de relatar odontalgia.

Tabela 2. Comparação da prevalência das condições de saúde e uso de drogas dos indivíduos em situação de rua relatando e não relatando dor de dente.

Variáveis de Saúde	Dor de Dente Autorreferida			
	Não n (%)	Sim n (%)	Total (%)	*p*
Possui alguma condição de saúde	567 (36,4)	**402 (50,4)**	969 (42)	**0,000**
Tuberculose	36 (2,3)	26 (3,3)	62 (3)	0,171
Hepatite	39 (2,5)	31 (3,9)	70 (4)	0,060
IST (Infecção Sexualmente Transmissível)	57 (3,7)	**72 (9)**	129 (5)	**0,000**
HIV/AIDS	31 (2)	**44 (5,5)**	75 (4)	**0,000**
Diabetes *mellitus*	83 (5,3)	**56 (7)**	139 (6)	0,097
Hipertensão	203 (13)	**137 (17,1)**	340 (14)	**0,006**
Doenças de pele	97 (6,2)	**76 (9,5)**	173 (7)	**0,004**
Depressão	354 (22,6)	**270 (33,8)**	624 (26)	**0,000**
Esquizofrenia	72 (4,6)	**62 (7,8)**	134 (7)	**0,002**
Ansiedade/Nervosismo	355 (22,7)	**259 (32,4)**	614 (26)	**0,000**
Alcoolismo	803 (51,3)	**483 (60,4)**	1.286 (54)	**0,000**
Tabagismo				
Uso de drogas	675 (43,1)	**401 (50,1)**	1076 (45)	**0,001**
Uso regular de medicamentos	439 (28,1)	**287 (36)**	726 (31)	**0,001**

Legenda: * Teste do qui-quadrado. *Valores em negrito indicam associações estatisticamente significativas (p <0,05) entre as variáveis analisadas e a ocorrência de dor de dente na população em situação de rua. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Tabela dos autores)

Tabela 3. Modelo de Regressão Logística Múltipla para as Chances de Dor de Dente.

Variável	O.R.	*p*	I.C. 95%
Constante	0,503	0,018	-
Mora com filhos	1,904	0,003	1,035 - 3,501
Violência doméstica	2,573	0,026	1,119 - 5,918
Histórico de internação psiquiátrica	1,742	0,038	1,028 - 2,954
Estado geral de saúde	0,512	0,015	0,298 - 0,879
IST (Infecção Sexualmente Transmissível)	2,729	0,004	1,375 - 5,425
AIDS/HIV	4,791	0,023	1,242 - 18,484
Depressão	2,060	0,008	1,417 - 2,996

Legenda: *Modelo de regressão logística múltipla para as chances de dor de dente. A análise foi realizada por meio do teste de Wald, com taxa de classificação correta de 70,3%. OR = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança. (Tabela dos autores).

O histórico de internação psiquiátrica associou-se a um aumento de 1,74 vez na probabilidade de relato de dor de dente. A presença de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS elevou essa probabilidade em 2,73 e 4,79 vezes, respectivamente. Indivíduos com diagnóstico de depressão também apresentaram risco duas vezes maior de relatar odontalgia.

Por outro lado, a percepção de um bom estado geral de saúde esteve associada a uma redução de 48,8% na probabilidade de relatar dor de dente (OR = 0,512; p = 0,015), sugerindo um efeito protetor dessa condição sobre o desfecho avaliado.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam a expressiva carga de odontalgia nas pessoas vivendo em situação de rua de Belo Horizonte. A prevalência de 33,8% encontrada neste estudo foi duas a três vezes superior do que aquela descrita na população brasileira em geral, que é de 11% a 23%, dependendo da faixa etária. Esse achado reforça a magnitude do problema e a importância de se direcionar intervenções em saúde bucal a essa população[8].

Comparativamente, a prevalência observada de dor de dente foi 1,59 vez superior do que a relatada por adolescentes (20,9%), 1,44 vez maior que entre adultos (23,2%) e quase três vezes superior à verificada entre idosos (11,1%) na população geral brasileira[8]. Quando comparado a outras populações altamente vulneráveis, como os sobreviventes do rompimento da barragem do Fundão em Mariana, a prevalência encontrada nesse estudo foi quase o dobro dos 16,9% encontrados nos atingidos por barragem[9].

Entretanto, a prevalência encontrada foi inferior à reportada nos estudos prévios que avaliaram essa condição nessa população. Freire encontrou uma prevalência de 50% nas pessoas em situação de rua de Goiânia, Brasil, em uma amostra de conveniência de 342 pessoas em situação de rua recrutadas em um único abrigo municipal[10]. Paralelamente, Comassetto e colaboradores (2021)[30] encontraram uma prevalência de dor de dente de 48,9% em um estudo transversal com 214 pessoas em situação de rua em Porto Alegre, Sul do Brasil. Nos dois estudos, a abordagem retrospectiva tende a captar episódios cumulativos e crônicos, inflacionando as estimativas de prevalência.

Diferente desses dois estudos citados, a presente pesquisa foi a primeira que avaliou a presença de odontalgia no momento da coleta de dados, oferecendo um retrato em tempo real da condição aguda. Essa estratégia reduz o viés de memória e contribui para a uma estimativa mais precisa, o que pode explicar, ao menos, em parte, a menor prevalência observada. fornecendo um panorama mais preciso e em tempo real da dor aguda nessa população.

Além dos aspectos metodológicos, fatores estruturais podem ter influenciado os resultados. Pessoas em situação de rua frequentemente apresentam elevadas taxas de perda dentária. Isso reduz a probabilidade de manifestação do desfecho ativo. Ademais, a exposição cotidiana a múltiplas adversidades, como a forme, a violência e o uso de substâncias psicoativas pode levar à normalização ou à subnotificação do sintoma, que passa a ser percebido como menos prioritário diante de outras formas de sofrimento.

Os achados também corroboram evidências prévias que apontaram para uma forte associação entre a presença de transtornos mentais e a uma pior saúde bucal. Indivíduos com depressão, histórico de internação psiquiátrica e transtornos por uso de substâncias apresentaram maior risco de relato de odontalgia. A metanálise de Kisely (2016)[31] mostrou que pessoas com depressão e ansiedade apresentam quase o dobro de chance de apresentar cáries extensas e perda dentária em comparação com a população geral, fenômeno atribuído ao comprometimento dos cuidados dentários e ao aumento da percepção de dor. Estudos prévios reforçam essa associação em populações vulneráveis[9,28-31].

O uso de substâncias psicoativas mostrou-se igualmente relevante. A literatura aponta uma maior suscetibilidade à doença periodontal, xerostomia e infecções orais entre usuários de droga e dor dentária crônica[35-37], fatores que contribuem para a dor bucal crônica. Estudos prévios reforçam essa associação em populações vulneráveis[9].

A associação entre HIV/AIDS e a maior prevalência de odontalgia destaca a necessidade de integração entre os serviços odontológicos e atenção à saúde voltados para indivíduos imunossuprimidos[38-40]. A imunossupressão aumenta a suscetibilidade às infecções orais e às doenças periodontias avançadas. Indivíduos com ISTs apresentaram 2,73 vezes mais chances de relatar dor de dente, enquanto aqueles vivendo com HIV/AIDS tiveram risco 4,79 vezes maior.

A desigualdade racial também se destacou. Pessoas negras e pardas, que representam a maioria da amostra, refletindo a existência de barreiras estruturais no acesso à saúde bucal. Evidências indicam que o racismo estrutural influencia as condutas clínicas. Pacientes negros têm 2,3 vezes mais chances de indicação de extrações dentárias em detrimento de tratamentos conservadores[41,42].

No nosso estudo, mulheres apresentaram maior prevalência de dor de dente. A relação entre violência doméstica e o maior relato de odontalgia reforça o papel dos determinantes sociais na saúde bucal. A violência afeta a saúde bucal tanto por mecanismos diretos como por traumas dentários e indiretos por meio da negligência no autocuidado e consequências psicológicas[41,42]. Esses dados corroboram estudos que indicam a violência como determinante na deterioração da saúde bucal, agravando vulnerabilidades e evidenciando a necessidade de intervenções que integrem cuidado odontológico e suporte psicossocial[43-45].

Diante dos resultados, estratégias para minimizar o impacto da odontalgia e, paralelamente, da precária saúde bucal em pessoas em situação de rua devem abranger dimensões clínicas e sociais. A ampliação do acesso a cuidados odontológicos preventivos e de urgência, através de unidades odontológicas móveis e da integração com a atenção primária, é fundamental. Paralelamente, o cuidado em saúde bucal deve ser incorporado a políticas sociais

mais amplas, incluindo saúde mental, tratamento do uso de substâncias e o manejo das ISTs e o enfrentamento da violência estrutural.

Nossos resultados devem ser analisados à luz das seguintes limitações: 1. O uso de dados autorreferidos e a ausência de exames clínicos, o que pode subestimar a gravidade das condições bucais dos entrevistados. 2. A falta de informação sobre a prevalência de participantes desdentados, o que pode ter contribuído para uma redução das prevalências de odontologia. Contudo, a coleta em tempo real, a obtenção de uma amostra representativa da população em situação de rua de Belo Horizonte fortalece a validade a aplicabilidade dos resultados.

Conclusão

Este estudo fornece evidências robustas sobre os desafios enfrentados por pessoas em situação de rua no que se refere à saúde bucal. A elevada prevalência de dor de dente destaca a interseção entre determinantes sociais, condições de saúde mental e barreiras no acesso a serviços odontológicos.

O enfrentamento dessas desigualdades requer estratégias intersetoriais que integrem saúde pública, assistência social e saúde mental. A implementação de políticas públicas inclusivas, que garantam acesso equitativo aos cuidados odontológicos é essencial para reduzir o impacto da dor de dente nessa população.

Pesquisas futuras devem explorar abordagens longitudinais para compreender melhor a causalidade e os efeitos de longo prazo das intervenções na saúde bucal de pessoas em situação de rua.

Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse dos Autores

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Este estudo contou com o apoio e financiamento da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC, e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o número de concessão 317539/2021-3, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e a Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) financiaram os custos de publicação.

Papel dos Financiadores

As instituições financiadoras não tiveram qualquer participação na concepção do estudo, análise ou interpretação dos dados, revisão ou aprovação do manuscrito.

Disponibilidade dos Dados

Os conjuntos de dados gerados e analisados neste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição dos Autores:

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualization, Investigation, Methodology, Visualization, Writing – Review & Editing: NM Teixeira, SM Caligiorne, F Garcia. *Data Curation, Formal Analysis:* NM Teixeira, N Font, AI Xavier, SK Coutinho, JG Malheiros. *Data Analysis:* NM Teixeira, SM Caligiorne, JG Malheiros, F Garcia. *Final Manuscript Version:* NM Teixeira. All authors reviewed and approved the final submitted version of the manuscript.

Referências

1. Garcia F, Costa MR, Guimarães L, Neves MCL. Vulnerabilidade e o uso de drogas. Belo Horizonte: CRR-UFMG; 2016.
2. Su H. Oral health disparities among homeless individuals: an emerging global health concern. J Public Health Dent. 2021;81(2):67-74. DOI: https://doi.org/10.1111/jphd.12400.
3. Locker D. Deprivation and oral health: a review. Community Dent Oral Epidemiol. 2011;38(1):3-12. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00513.x.
4. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
5. Graziani F, Gennai S, Solini A, Petrini M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontal disease on diabetes. J Clin Periodontol. 2018;45(2):167-79. DOI: https://doi.org/10.1111/jcpe.12837.
6. Nazir M. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. Int J Health Sci (Qassim). 2017;11(2):72-80.
7. Lawder JÁ, Matos MA, Souza JB, Freire MC. Impact of oral health on quality of life in homeless people: evidence from a Brazilian study. BMC Public Health. 2019;19(1):1582. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-019-7943-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2023.
9. Santos PCM, Roque MAV, Freitas AAC, Sabato B, Borges-Oliveira AC, Garcia FD, et al. Mental and psychosocial predictors of toothache in Brazilian dam rupture: a cross-sectional study. Open Sci J. 2022;7(3).
10. Freire MC, Lawder JÁ, Souza JB, Matos MA. Dental pain in adult and elderly homeless people: prevalence, associated factors, and impact on quality of life in Midwest Brazil. J Public Health Dent. 2022;82(2):211-9. DOI: https://doi.org/10.1111/jphd.12452.
11. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. 2ª ed. Seattle: IASP Press; 2011.

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

13. Gatchel RJ. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581-624. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581.

14. Gao C, Kang J. Oral diseases are associated with cognitive decline and dementia. Adv Exp Med Biol. 2025;1472:171-83. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-031-79146-8_11.

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

16. World Health Organization (WHO). Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2022; ; [acesso em 2025 Mar 26]. Disponível em: https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022.

17. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

18. World Health Organization (WHO). Social determinants of health. Geneva: WHO; 2021.

19. Silva DA, Peres MA, Boing AF, Peres KG. Extreme poverty and its effects on oral health: a cross-sectional study in Brazil. J Oral Res. 2018;7(3):25-31. DOI: https://doi.org/10.17126/joralres.2018.041.

20. Ayres JR. Dimensões sociais da vulnerabilidade: bases operatórias para a ação programática e a pesquisa epidemiológica. Saúde Soc. 2014;23(3):866-76. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300002.

21. Figueiredo CS, Vieira AR, Bastos JL. Socioeconomic disparities in oral health: a systematic review. Community Dent Health. 2021;38(1):17-24. DOI: https://doi.org/10.1922/CDH_00087Figueiredo08.

22. Kerssens JJ, Ytterstad B. Smoking and oral health in low-income populations: evidence from epidemiologic studies. BMC Oral Health. 2019;19(1):142. DOI: https://doi.org/10.1186/s12903-019-0836-1.

23. Kisely S. No mental health without oral health. Can J Psychiatry. 2016;61(5):277-82. DOI: https://doi.org/10.1177/0706743716632523.

24. Garcia FD, Neves M, Camargos MCS, Abreu MNS, Barbieri AF. IV Censo de população de Rua de Belo Horizonte: BH+Inclusão. Belo Horizonte: Ed. Itrium; 2023.

25. Brasil. Decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 Dez 2009.

26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022; [acesso em 2025 Mar 01]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html IBGE+1IBGE+1.

27. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. 1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 1998.

28. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2º Censo de População de Rua e Análise Qualitativa da Situação dessa População em Belo Horizonte: Meta 10 - Realização de Ações de Atendimento Sócio-Assistenciais, de Inclusão Produtiva e Capacitação para População de Rua. Belo Horizonte: MDS; 2006.

29. Garcia FD, Souza RA, Brito CMD, Afonso LN, Neves MdCL, Filho HC de S. Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte. Viçosa: Suprema; 2014. 168 p.

30. Comassetto MO, Hugo FN, Neves M, Hilgert JB. Dental pain in homeless adults in Porto Alegre, Brazil. Int Dent J. 2021 Jun;71(3):206-13. DOI: https://doi.org/10.1111/idj.12626.

31. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016;200:119-132. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.040.

32. Rangel JPA, Borges AFM, Leão LO, Araujo BM de M de, Stechman Neto J, Guariza-Filho O, et al. Oral health of people with emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2024 Abr;28(5):274. DOI: https://doi.org/10.1007/s00784-024-05642-1.

33. Jerjes W. The critical intersection of mental health and oral health in severe mental disorders. Clin Oral Investig. 2024 Nov;28(11):627. DOI: https://doi.org/10.1007/s00784-024-06015-4.

34. Peiter P, Belmonte P, Teixeira M, Cobra G, Lacerda A. Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. Soc Sci Med. 2019 Abr;227:111-118. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.046.

35. Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. BMC Oral Health. 2015 Mar;15:38. DOI: https://doi.org/10.1186/s12903-015-0016-8.

36. Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR, Lemos T, Munhoz EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. Braz Oral Res. 2017 Dez;31:e102. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.

37. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, Tudor R, Shaaban L, Ali A, et al. Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. J Multidiscip Healthc. 2023 Dez;16:4265-4278. DOI: https://doi.org/10.2147/JMDH.S440764.

38. Lomelí-Martínez SM, González-Hernández LA, Ruiz-Anaya AJ, Lomelí-Martínez MA, Martínez-Salazar SY, Mercado González AE, et al. Oral Manifestations Associated with HIV/AIDS Patients. Medicina (Kaunas). 2022 Set;58(9):1214. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina58091214.

39. Sufiawati I, Amalia T, Dewi TS, Wisaksana R. The Association Between Oral Mucosal Lesions and Oral Health-Related Quality of Life Using the Validated Indonesian Version of OHIP-14 Among People Living with HIV/AIDS. HIV AIDS (Auckl). 2024 Fev;16:9-16. DOI: https://doi.org/10.2147/HIV.S452154.

40. Vohra P, Jamatia K, Subhada B, Tiwari RVC, Althaf MN, Jain C. Correlation of CD4 counts with oral and systemic manifestations in HIV patients. J Family Med Prim Care. 2019 Out;8(10):3247-52. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_767_19.

41. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. Ways and detours in guarantee of health for the black population and the confrontation of racism in Brazil. Cien Saude Colet. 2022 Out;27(10):3861-70. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022.

42. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. J Dent. 2022 Jul;122:104157. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104157.

43. Brewer-Smyth K, Koenig HG, Kafonek K, Adams T, Raine A, Granger DA. Post-Traumatic Bio-Behavioral Rehabilitation of Adult Female Victims. Dela J Public Health. 2021 Set 27;7(4):160-6. DOI: https://doi.org/10.32481/djph.2021.09.021.

44. Duke A, Searby A. Mental Ill Health in Homeless Women: A Review. Issues Ment Health Nurs. 2019 Jul;40(7):605-12. DOI: https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565875.

45. Barbosa NG, Mendes LMC, Carbogim F da C, e Silva AM, Gozzo T de O, Gomes-Sponholz FA. Sexual assault and vulnerability to sexually transmitted infections among homeless Brazilian women: a cross sectional qualitative study. BMC Womens Health. 2023 Out 31;23(1):561. DOI: https://doi.org/10.1186/s12905-023-02723-3.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.