

Condição periodontal de adultos em situação de rua temporariamente institucionalizados e fatores associados

Periodontal status of temporarily institutionalized homeless adults and associated factors

Tamires Gomes de Oliveira Machado (<https://orcid.org/0000-0002-0008-7498>)¹
 Juliana Aparecida Campos Lawder (<https://orcid.org/0000-0003-0412-218X>)¹
 João Batista de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-7476-9950>)¹
 Marcos André de Matos (<https://orcid.org/0000-0001-8643-7032>)²
 Maria do Carmo Matias Freire (<https://orcid.org/0000-0001-6078-6728>)¹

Abstract *The scope of this cross-sectional study was to describe the periodontal status and its association with sociodemographic, oral-health related behaviors and use of drugs among temporarily institutionalized homeless adults. The data were collected through oral clinical examination and a questionnaire with 102 adults attending the only public institution for this group in Goiânia, Goiás, Brazil. The periodontal condition was measured by the presence of bleeding on probing, dental calculus and pockets, according to the Community Periodontal Index (CPI). Chi-square test and Poisson regressions with robust variance were performed. The prevalence of CPI>1 was 83.3%. Approximately 68% of the sample had bleeding, 82.4% had calculus and 9.8% had periodontal pockets. In the bivariate analyses, those who reported having used illicit drugs had a higher prevalence of calculus; males and unmarried adults had a higher prevalence of pockets. In the adjusted analysis, individuals who used dental floss had a lower prevalence of bleeding (PR=0.58; 95%CI=0.35-0.96). The remaining covariates were not associated with the outcomes. It was concluded that the prevalence of periodontal alteration was high, the most frequent condition was calculus and the only independent association was between bleeding and the use of dental floss.*

Key words *Periodontal diseases, Homeless adults, Periodontal index*

Resumo *O objetivo deste estudo transversal foi descrever a condição periodontal e sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentos em saúde bucal e uso de drogas entre indivíduos em situação de rua temporariamente institucionalizados. Os dados foram coletados por meio de exame clínico e questionário com 102 adultos atendidos na única instituição pública para este grupo em Goiânia, Goiás. A condição periodontal foi avaliada pela presença de sangramento à sondagem, cálculo dentário e bolsas, de acordo com o Índice Periodontal Comunitário (CPI). Foram realizados o teste Qui-quadrado e regressões de Poisson com variância robusta. A prevalência de CPI≥1 foi de 83,3%. Cerca de 68,0% da amostra apresentou sangramento, 82,4% cálculo e 9,8% bolsa periodontal. Nas análises bivariadas, os que tinham usado drogas ilícitas alguma vez tinham maior prevalência de cálculo; os homens e os indivíduos sem união estável tinham maior prevalência de bolsa. Na análise ajustada, indivíduos que usavam fio dental tiveram menor prevalência de sangramento (RP=0,58; IC95%=0,35-0,96). As demais covariáveis não foram associadas aos desfechos. Concluiu-se que a prevalência de alteração periodontal foi alta, houve predomínio de cálculo e a única associação independente foi entre sangramento e uso de fio dental.*

Palavras-chave *Doenças periodontais, Pessoas em situação de rua, Índice periodontal*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Goiás (UFG). Av. Universitária Esquina com 1ª Avenida s/n, Setor Leste Universitário. 74605-220 Goiânia GO Brasil. tamires_gomes11@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFG. Goiânia GO Brasil.

Introdução

Viver em situação de rua é a realidade de uma significativa parcela da população mundial. No Brasil, a população em situação de rua (PSR) foi definida como sendo um “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”¹. Uma pesquisa nacional realizada em 2008 revelou um total de 31.922 indivíduos² e, em 2016, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada estimou que 101.854 cidadãos viviam em situação de rua no país³. Dados populacionais atualizados não estão disponíveis, mas é esperado um crescimento do número de pessoas em situação de rua no país, especialmente nos grandes centros urbanos.

Em contraste com a garantia da dignidade à vida humana, expressa na Constituição Federal de 1988⁴, a PSR não tem acesso a condições mínimas de alimentação, saúde, educação, proteção e outros direitos básicos. Em 2009, foi instituída a Política Nacional para a PSR, a ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União, estados, municípios, com o apoio de toda a sociedade¹. As ações no campo da saúde, em específico, seriam desenvolvidas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁵. A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, incluiu este grupo populacional nas ações de promoção e proteção de saúde, a serem oferecidas de forma contínua⁶. Apesar dos esforços, a PSR ainda parece ser o grupo social com menor acesso aos serviços de saúde dentre as populações vulneráveis⁷. Esta limitação pode comprometer as estratégias de prevenção e a promoção em saúde, além do acesso ao tratamento por estas pessoas.

Estudos acerca da saúde bucal de adultos da PSR em países da Europa, América do Norte, Ásia e Oceania têm revelado condições dentárias precárias, com alta prevalência de lesões de cárie não tratadas, dentes perdidos, patologias orais, perda da eficiência da função mastigatória e doenças periodontais⁷⁻¹². Estas condições estão relacionadas ao impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos¹³. No Brasil, os escassos estudos sobre este grupo populacional revelaram alta prevalência de cárie e doença periodontal^{14,15}.

As doenças periodontais são condições inflamatórias e infecciosas que afetam negativamente a qualidade de vida geral e bucal dos indivíduos, além de contribuírem para perdas dentárias¹⁶. A condição periodontal de PSR brasileira foi abordada em dois estudos realizados em localidades das regiões Sul e Nordeste, com abordagem descritiva e amostras pequenas, sem explorar os fatores associados^{14,15}. Os resultados indicaram 100% de prevalência de bolsas periodontais e sangramento à sondagem em indivíduos de Blumenau (n=15)¹⁴ e predomínio de bolsas como piores condições em Natal (n=60)¹⁵.

Fatores socioeconômicos e comportamentais influenciam a saúde geral e bucal da PSR¹³, que enfrenta diversas condições, como gravidez indesejada, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), desnutrição, dificuldades emocionais e psicológicas, que podem levar ao uso e dependência de drogas ilícitas^{17,18}. Portanto, conhecer a condição periodontal e os fatores associados neste grupo populacional pode contribuir para subsidiar o planejamento de ações apropriadas e efetivas de promoção e recuperação da saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever a condição periodontal e sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentos em saúde bucal e uso de drogas entre indivíduos em situação de rua temporariamente institucionalizados.

Métodos

Estudo observacional de corte transversal, com base em dados de um projeto mais amplo, intitulado “Avaliação da situação de saúde da população em situação de rua de Goiânia-GO, Brasil Central: elementos para o cuidado a grupos sociais vulneráveis”, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

A amostra não-probabilística foi composta por indivíduos adultos em situação de rua, que se encontravam na única instituição pública municipal de Goiânia, Goiás, destinada a abrigar temporariamente a PSR. Segundo dados do único levantamento nacional disponível, havia 563 pessoas nesta situação em 2008². A referida instituição abrigava, por cerca de dois meses, famílias e adultos em situação de rua, oferecendo serviços de higiene corporal, alimentação, atividades ocupacionais e pernoite, mas nenhum tipo de assistência à saúde geral e bucal. Os critérios de inclusão para seleção dos indivíduos para o estu-

do mais amplo foram ter 18 anos ou mais e estar presentes na instituição no período da coleta dos dados (setembro/2014 a agosto/2015). Seriam excluídos do estudo aqueles que estivessem sob o efeito de substâncias que colocassem em risco a integridade física dos pesquisadores, de acordo com a avaliação dos profissionais da Enfermagem que compunham a equipe da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada na própria instituição por meio de questionário e exame clínico bucal. Nenhum indivíduo teve que ser excluído por apresentar situação de risco. Para a análise do presente estudo, foram inicialmente selecionados os indivíduos que foram submetidos ao exame (n=116). Destes, três foram excluídos por não terem respondido ao questionário, 10 por serem desdentados totais e um não apresentava pelo menos um sextante com no mínimo dois dentes sem indicação de exodontia, totalizando 102 participantes na amostra final. Pelo fato de este trabalho utilizar dados previamente coletados, o poder do teste calculado foi considerado a posteriori na ferramenta online OpenEpi.

O questionário estruturado, aplicado por meio de entrevista, incluiu aspectos sociodemográficos (idade, sexo, cor da pele/raça, estado civil, escolaridade, tempo em situação de rua e tempo na instituição), comportamentos em saúde bucal (higiene bucal e visitas ao dentista) e uso de drogas lícitas (álcool e cigarro de tabaco) e ilícitas. Um teste piloto foi realizado com 20 indivíduos em situação de rua acolhidos na instituição pesquisada, sendo sanadas as falhas e/ou dificuldades encontradas na compreensão das questões pelos entrevistados.

Idade foi dicotomizada com base na média (18-35/36-64). As categorias da variável cor da pele foram de acordo com a classificação do IBGE¹⁹ e dicotomizadas para o propósito da presente análise em branco e negro/pardo/amarelo(asiático)/indígena. Estado civil incluiu quatro categorias: casado/união estável, solteiro, divorciado ou separado e viúvo, as quais foram dicotomizadas em casado/união estável e solteiro/divorciado/separado/viúvo. A variável tempo em situação de rua foi dicotomizada de forma a obter dois grupos com distribuição semelhante, tendo como ponto de corte 1 ano.

As questões sobre higiene bucal incluíram a frequência diária de higiene (dicotomizada em uma vez/duas vezes ou mais), uso de escova e de fio dental (sim/não). As variáveis relativas a visitas ao dentista foram obtidas por meio das seguintes questões: visita ao dentista alguma vez na vida (sim/não) e tempo desde a última consulta

(dicotomizada em 3 anos ou mais/até 2 anos). O uso de cigarro foi mensurado por uma questão sobre o consumo atual (sim/não). Para o uso de bebida alcoólica, foram avaliados o consumo atual e o diário (sim/não). As questões sobre drogas ilícitas foram relativas ao uso de qualquer tipo de droga alguma vez na vida e nos seis meses anteriores à pesquisa (sim/não), bem como uso alguma vez de cada uma das seguintes drogas: maconha, cocaína, crack, merla e pasta base, com respostas sim/não.

Diversas condições foram investigadas no exame clínico do estudo mais amplo. No presente estudo foi incluída apenas a condição periodontal, avaliada pelo Índice CPI (presença/ausência de: sangramento à sondagem, cálculo e bolsa periodontal), de acordo com os critérios utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010²⁰.

O exame clínico bucal foi realizado por uma examinadora (cirurgiã-dentista) após treinamento e calibração. A concordância intraexaminadora foi avaliada por meio do coeficiente Kappa de Cohen, em dois exames com intervalo de dois dias. Devido ao reduzido tamanho da população de estudo, foram examinados 10 indivíduos adultos de outro grupo com condição socioeconômica semelhante: trabalhadores do serviço de limpeza da UFG. As condições periodontais examinadas foram cálculo e bolsa, devido às limitações do reexame do sangramento gengival após sondagem. Os resultados do Kappa para a presença de cálculo foi 1,0 em cada um dos seis sextantes examinados, indicando 100% de concordância²¹. Para a bolsa periodontal o Kappa foi 0,62 no dente 31 e 0,75 nos dentes 26-27 (concordância substancial) e 1,0 nos demais sextantes/dentes.

O instrumental utilizado para as aferições foi a Sonda OMS, com esfera de 0,5 mm na extremidade e área anelada em preto entre as medidas 3,5 e 5,5 mm, e com demarcações nas medidas de 8,5 e 11,5 mm. Para a mensuração, a cavidade bucal foi dividida em sextantes e em cada sextante os seguintes dentes-índices foram examinados: 1º sextante: 17 e 16; 2º sextante: 11; 3º sextante: 26 e 27; 4º sextante: 37 e 36; 5º sextante: 31; e 6º sextante: 46 e 47. Em cada um dos 10 dentes-índices pelo menos 6 pontos foram examinados com o uso da sonda, nas superfícies vestibular e lingual/palatina, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Embora o exame tenha sido feito em 10 dentes, apenas 6 registros foram feitos, sendo um para cada sextante. Nos sextantes posteriores, onde dois dentes foram avaliados, apenas o que apresentou o pior escore foi registrado.

Todas as alterações encontradas foram registradas separadamente em cada sextante²⁰. Os escores e critérios para sangramento e cálculo foram: 0=ausência; 1=presença. Para bolsa periodontal: 0=ausência; 1=presença de bolsa rasa (quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival, entre 4 e 5mm); e 2=presença de bolsa profunda (quando a marca preta da sonda fica totalmente coberta pela margem gengival, 6 mm ou mais). Foi atribuído código X=sextante excluído quando havia menos de 2 dentes presentes e sem indicação de exodontia.

Para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Inicialmente foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências dos dados; todas as variáveis foram analisadas como categóricas. Os desfechos foram as quatro variáveis relacionadas à condição periodontal dos indivíduos, expressas em prevalência (% de indivíduos) de cada uma das seguintes alterações periodontais em pelo menos um sextante: sangramento à sondagem, cálculo e bolsas periodontais rasas e profundas. Foi estimada também a prevalência de alteração periodontal (CPI \geq 1), indicando a presença de alguma das condições (sangramento, cálculo ou bolsa).

Para identificar as covariáveis (características sociodemográficas, comportamentos em saúde bucal e uso de drogas lícitas e ilícitas) associadas aos desfechos foi inicialmente empregado o teste Qui-quadrado. As variáveis com valor de $p < 0,25$ nesta etapa foram selecionadas para as análises de regressão. Previamente à elaboração dos modelos, foi testada a multicolinearidade entre as variáveis acerca do uso de drogas. O uso de escova dental não foi incluído nas análises de associação devido ao número reduzido de indivíduos que informaram não utilizar. Algumas covariáveis apresentaram não-respostas e não houve preenchimento dos dados faltantes.

Foram construídos modelos de regressão de Poisson com variância robusta para cada um dos quatro desfechos, com estimativas de Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Inicialmente foram realizadas análises não ajustadas das variáveis previamente selecionadas. Nos modelos ajustados, estas foram selecionadas pelo método *backward*, adotando-se um nível de significância de 5%. A variável sexo foi mantida nos modelos independentemente do valor de p , devido à sua provável influência sobre as demais covariáveis investigadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG por meio do Parecer substanciado - Protocolo nº 045/2013. Todos os

indivíduos que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

As características sociodemográficas e referentes aos comportamentos em saúde bucal e ao uso de drogas lícitas e ilícitas estão na Tabela 1. Os 102 indivíduos em situação de rua tinham idade entre 18 e 64 anos (média=35,9; DP=10,4), a maioria era do sexo masculino (83,3%), negra/parda/amarela/indígena (78,4%), não casada/união estável (84,3%) e tinha baixa escolaridade (65,7%). Apenas 72 indivíduos responderam há quanto tempo estavam em situação de rua; destes, 58,3% estavam há menos de um ano.

Quanto aos comportamentos em saúde bucal, a maioria relatou realizar higiene bucal duas vezes ou mais ao dia (77,7%), 97,9% usavam escova de dentes e 21,9% faziam uso de fio dental. Aproximadamente 90% dos respondentes tinham visitado o dentista alguma vez na vida e 56,3% consultaram há dois anos ou menos.

Sobre o uso de drogas ilícitas, 69,6% afirmaram já ter feito uso, sendo que 44,1% o fizeram nos últimos 6 meses. A prevalência do uso de drogas ilícitas alguma vez variou de 14,7% (pasta base) a 60,8% (maconha). O uso de cigarro teve prevalência de 65,7% e o uso de bebida alcoólica 89,2%. Cerca de 33,0% relataram que consumiam bebidas alcoólicas diariamente.

As frequências das variáveis relacionadas à condição periodontal dos indivíduos estão descritas na Tabela 2. A prevalência de alteração periodontal (CPI \geq 1) foi de 83,3% (IC95%=74,9-89,3). Destacam-se as frequências de sangramento à sondagem (67,6%) e cálculo dentário (82,4%), enquanto 10 indivíduos (9,8%) apresentaram bolsas periodontais rasas. Não foram encontradas bolsas profundas.

Os resultados das associações bivariadas entre cada um dos desfechos da condição periodontal e as variáveis independentes estão na Tabela 3. Maior prevalência de sangramento à sondagem foi encontrada em indivíduos do sexo masculino em comparação com os do sexo feminino, e entre os que relataram não usar fio dental, comparados com os que utilizavam este recurso. Aqueles que relataram já terem usado drogas ilícitas apresentaram maior prevalência de cálculo e de CPI \geq 1, comparados com os que nunca fizeram uso destas substâncias. Indivíduos casados/união estável tiveram maior prevalência de bolsa periodontal do que os não casados.

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentos em saúde bucal e uso de drogas lícitas e ilícitas entre indivíduos em situação de rua de Goiânia-GO (n=102).

| Características da amostra | n | % |
|--|----|------|
| Idade (anos) | | |
| 18-35 | 55 | 53,9 |
| 36-64 | 47 | 46,1 |
| Sexo | | |
| Feminino | 17 | 16,7 |
| Masculino | 85 | 83,3 |
| Cor da pele/raça | | |
| Branca | 22 | 21,6 |
| Negra/parda/amarela/indígena | 80 | 78,4 |
| Estado civil | | |
| Casado(a)/União estável | 16 | 15,7 |
| Não casado(a)/União estável | 86 | 84,3 |
| Escolaridade | | |
| Alta (9 anos ou mais) | 35 | 34,3 |
| Baixa (até 8 anos) | 67 | 65,7 |
| Tempo em situação de rua (n=72) | | |
| Até 1 ano | 42 | 58,3 |
| Mais de 1 ano | 30 | 41,7 |
| Frequência diária de higiene bucal (n=99) | | |
| 1 vez ou menos | 25 | 25,3 |
| 2 vezes ou mais | 74 | 77,7 |
| Usa escova de dentes (n=96) | | |
| Sim | 94 | 97,9 |
| Não | 2 | 2,1 |
| Usa fio dental (n=96) | | |
| Sim | 21 | 21,9 |
| Não | 75 | 78,1 |
| Já foi ao dentista alguma vez na vida (n=99) | | |
| Sim | 89 | 89,9 |
| Não | 10 | 10,1 |
| Tempo desde a última visita ao dentista (n=87) | | |
| 3 anos ou mais | 38 | 43,7 |
| Até 2 anos | 49 | 56,3 |
| Já usou drogas ilícitas | | |
| Não | 31 | 30,4 |
| Sim | 71 | 69,6 |
| Usou maconha | | |
| Não | 40 | 39,2 |
| Sim | 62 | 60,8 |
| Usou cocaína | | |
| Não | 59 | 57,8 |
| Sim | 43 | 42,2 |

continua

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentos em saúde bucal e uso de drogas lícitas e ilícitas entre indivíduos em situação de rua de Goiânia-GO (n=102).

| Características da amostra | n | % |
|--|----|------|
| Usou crack | | |
| Não | 54 | 52,9 |
| Sim | 48 | 47,1 |
| Usou merla | | |
| Não | 82 | 80,4 |
| Sim | 20 | 19,6 |
| Usou pasta base | | |
| Não | 87 | 85,3 |
| Sim | 15 | 14,7 |
| Usou drogas ilícitas nos últimos 6 meses | | |
| Não | 57 | 55,9 |
| Sim | 45 | 44,1 |
| Faz uso de bebida alcoólica | | |
| Não | 11 | 10,8 |
| Sim | 91 | 89,2 |
| Faz uso de bebida alcoólica diariamente (n=89) | | |
| Não | 60 | 67,4 |
| Sim | 29 | 32,6 |
| Fuma cigarro | | |
| Não | 35 | 34,3 |
| Sim | 67 | 65,7 |

Fonte: Autores.

Tabela 2. Prevalência da condição periodontal (CPI e componentes).

| Variáveis | Frequências | |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| | n | % (IC95%) |
| Sangramento à sondagem | | |
| Não | 33 | 32,4 (24,0-41,9) |
| Sim | 69 | 67,6 (58,0-75,9) |
| Presença de cálculo | | |
| Não | 18 | 17,6 (11,4-26,1) |
| Sim | 84 | 82,4 (73,8-88,5) |
| Presença de bolsa periodontal | | |
| Não | 92 | 90,2 (82,8-94,5) |
| Sim | 10 | 9,8 (5,4-17,1) |
| CPI \geq 1* | | |
| Não | 17 | 16,7 (10,6-25,0) |
| Sim | 85 | 83,3 (74,9-89,3) |

*Presença de pelo menos um dos componentes do índice CPI.

Fonte: Autores.

Tabela 3. Distribuição de frequências e associações bivariadas entre presença de alteração periodontal e variáveis independentes.

| Variáveis independentes | Sangramento | | | Cálculo | | | Bolsa periodontal | | | CPI≥1 | | |
|---|-------------|------|-------|---------|------|--------|-------------------|------|--------|-------|------|--------|
| | n | % | p | n | % | p | n | % | p | n | % | p |
| Idade (anos) | | | 0,930 | | | 0,878 | | | 0,335* | | | 0,657 |
| 18-35 | 37 | 67,3 | | 45 | 81,8 | | 7 | 12,7 | | 45 | 81,8 | |
| 36-64 | 32 | 68,1 | | 39 | 83,0 | | 3 | 6,4 | | 40 | 85,1 | |
| Sexo | | | 0,047 | | | 0,175* | | | 0,060* | | | 0,153* |
| Feminino | 8 | 47,1 | | 12 | 70,6 | | 4 | 23,5 | | 12 | 70,6 | |
| Masculino | 61 | 71,8 | | 72 | 84,7 | | 6 | 7,1 | | 73 | 85,9 | |
| Cor da pele/raça | | | 0,276 | | | 1,000* | | | 1,000* | | | 0,758* |
| Branca | 17 | 77,3 | | 18 | 81,8 | | 2 | 9,1 | | 18 | 81,8 | |
| Negra/parda/amarela/indígena | 52 | 65,0 | | 66 | 82,5 | | 8 | 10,0 | | 67 | 83,8 | |
| Estado civil | | | 0,918 | | | 1,000* | | | 0,048* | | | 0,728* |
| Casado(a)/União estável | 11 | 68,8 | | 13 | 81,3 | | 4 | 25,0 | | 13 | 81,3 | |
| Não casado(a)/União estável | 58 | 67,4 | | 71 | 82,6 | | 6 | 7,0 | | 72 | 83,7 | |
| Escolaridade | | | 0,763 | | | 0,652 | | | 0,487* | | | 0,514 |
| Alta (9 anos ou mais) | 23 | 65,7 | | 28 | 80,0 | | 2 | 5,7 | | 28 | 80,0 | |
| Baixa (até 8 anos) | 46 | 68,7 | | 56 | 83,6 | | 8 | 11,9 | | 57 | 85,1 | |
| Tempo em situação de rua | | | 0,417 | | | 0,796 | | | 0,711* | | | 1,000 |
| Até 1 ano | 27 | 64,3 | | 34 | 81,0 | | 4 | 9,5 | | 35 | 83,3 | |
| Mais de 1 ano | 22 | 73,3 | | 25 | 83,3 | | 4 | 13,3 | | 25 | 83,3 | |
| Frequência diária de higiene bucal | | | 0,102 | | | 0,228* | | | 0,444* | | | 0,225* |
| 2 vezes ou mais | 46 | 62,2 | | 58 | 78,4 | | 9 | 12,2 | | 59 | 79,7 | |
| 1 vez ou menos | 20 | 80,0 | | 23 | 92,0 | | 1 | 4,0 | | 23 | 92,0 | |
| Usa fio dental | | | 0,008 | | | 1,000* | | | 1,000* | | | 0,751* |
| Sim | 9 | 42,9 | | 17 | 81,0 | | 2 | 9,5 | | 17 | 81,0 | |
| Não | 58 | 73,4 | | 62 | 82,3 | | 8 | 10,1 | | 66 | 83,5 | |
| Tempo desde a última visita ao dentista | | | 0,573 | | | 0,995 | | | 0,289* | | | 0,798 |
| 3 anos ou mais | 25 | 65,8 | | 31 | 81,6 | | 5 | 13,2 | | 31 | 81,6 | |
| Até 2 anos | 35 | 71,4 | | 40 | 81,6 | | 3 | 6,1 | | 41 | 83,7 | |
| Faz uso de bebida alcoólica | | | 0,096 | | | 0,684* | | | 0,595* | | | 0,686* |
| Não | 5 | 45,5 | | 10 | 90,9 | | 0 | 0 | | 10 | 90,9 | |
| Sim | 64 | 70,3 | | 74 | 81,3 | | 10 | 11,0 | | 75 | 82,4 | |
| Faz uso de bebida alcoólica diariamente | | | 0,464 | | | 0,376 | | | 1,000* | | | 0,475 |
| Não | 41 | 68,3 | | 47 | 78,3 | | 7 | 11,7 | | 48 | 80,0 | |
| Sim | 22 | 75,9 | | 25 | 86,2 | | 3 | 10,3 | | 25 | 86,2 | |
| Fuma cigarro | | | 0,101 | | | 0,652 | | | 0,487* | | | 0,514 |
| Não | 20 | 57,1 | | 28 | 80,0 | | 2 | 5,7 | | 28 | 80,0 | |
| Sim | 49 | 73,1 | | 56 | 83,6 | | 8 | 11,9 | | 57 | 85,1 | |
| Já usou drogas ilícitas | | | 0,172 | | | 0,011 | | | 0,167* | | | 0,027 |
| Não | 18 | 58,1 | | 21 | 67,7 | | 5 | 16,1 | | 22 | 71,0 | |
| Sim | 51 | 71,8 | | 63 | 88,7 | | 5 | 7,0 | | 63 | 88,7 | |
| Usou maconha | | | 0,372 | | | 0,118 | | | 0,184* | | | 0,204 |
| Não | 25 | 62,5 | | 30 | 75,0 | | 6 | 15,0 | | 31 | 77,5 | |
| Sim | 44 | 71,0 | | 54 | 87,1 | | 4 | 6,5 | | 54 | 87,1 | |
| Usou cocaína | | | 0,413 | | | 0,059 | | | 1,000* | | | 0,088 |
| Não | 38 | 64,4 | | 45 | 76,3 | | 6 | 10,2 | | 46 | 78,0 | |
| Sim | 31 | 72,1 | | 39 | 90,7 | | 4 | 9,3 | | 39 | 90,7 | |
| Usou crack | | | 0,134 | | | 0,071 | | | 1,000* | | | 0,110 |
| Não | 33 | 61,1 | | 41 | 75,9 | | 5 | 9,3 | | 42 | 77,8 | |
| Sim | 36 | 75,0 | | 43 | 89,6 | | 5 | 10,4 | | 43 | 89,6 | |

continua

Tabela 3. Distribuição de frequências e associações bivariadas entre presença de alteração periodontal e variáveis independentes.

| Variáveis independentes | Sangramento | | | Cálculo | | | Bolsa periodontal | | | CPI \geq 1 | | |
|--|-------------|------|--------|---------|------|--------|-------------------|------|--------|--------------|------|--------|
| | n | % | p | n | % | p | n | % | p | n | % | p |
| Usou merla | | | 0,188 | | | 0,098* | | | 1,000* | | | 0,182* |
| Não | 53 | 64,6 | | 65 | 79,3 | | 8 | 9,8 | | 66 | 80,5 | |
| Sim | 16 | 80,0 | | 19 | 95,0 | | 2 | 10,0 | | 19 | 95,0 | |
| Usou pasta base | | | 0,134* | | | 0,461* | | | | | | 0,455 |
| Não | 56 | 64,4 | | 70 | 80,5 | | 10 | 11,5 | | 71 | 81,6 | |
| Sim | 13 | 86,7 | | 14 | 93,3 | | 0 | 0 | | 14 | 93,3 | |
| Usou drogas ilícitas nos últimos 6 meses | | | 0,129 | | | 0,124 | | | 0,506* | | | 0,181 |
| Não | 35 | 61,4 | | 44 | 77,2 | | 7 | 12,3 | | 45 | 78,9 | |
| Sim | 34 | 75,6 | | 40 | 88,9 | | 3 | 6,7 | | 40 | 88,9 | |

*Teste de Fisher. Nos demais resultados foi utilizado Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

Os resultados das análises de regressão de Poisson estão nas Tabelas 4 e 5. Devido à colinearidade verificada entre as diversas variáveis acerca do uso de drogas ilícitas, somente a variável “Já usou drogas ilícitas” foi incluída nos modelos, quando apresentava valor de $p < 0,25$ na análise bivariada.

Na análise bruta do sangramento à sondagem (Tabela 4), somente a variável uso de fio dental foi associada ao desfecho. Após ajuste por sexo, a associação permaneceu significativa; a prevalência de sangramento foi menor entre os indivíduos que usavam fio dental em comparação com os que não usavam (RP=0,58; IC=0,35-0,96).

A prevalência de cálculo (Tabela 4) no modelo bruto foi menor entre aqueles que nunca haviam usado drogas ilícitas em comparação com os que já haviam usado (RP=0,76; IC95%=0,59-0,99). As demais variáveis não foram associadas ao desfecho. Após ajuste por sexo, a associação perdeu a significância estatística.

Em relação à presença de bolsas periodontais (Tabela 5), o modelo bruto mostrou maior prevalência em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino (RP=3,33; IC95%=1,05-10,56) e entre os casados/união estável em comparação com os não casados (RP=3,58; IC95%=1,14-11,28). Após o ajuste pelas duas variáveis, as associações não permaneceram significantes.

Na análise do desfecho CPI \geq 1 (Tabela 5), nenhuma associação foi encontrada com as variáveis selecionadas para a regressão bruta, todas foram inseridas no modelo ajustado e permaneceram não significantes.

O cálculo do poder do teste post hoc mostrou um poder de 77,1% para detectar diferenças na prevalência de sangramento entre os grupos com relação ao uso do fio dental, ao nível de confiança de 95%. Para as variáveis que não foram associadas aos desfechos nos modelos de regressão, o poder variou de 29,7% (cálculo e sexo) a 71,8% (cálculo e uso de drogas ilícitas).

Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram alta prevalência de alterações periodontais em indivíduos em situação de rua temporariamente institucionalizados de Goiânia, com predomínio de cálculo. Foram verificadas associações bivariadas com variáveis demográficas (sexo e estado civil), uso de fio dental e de drogas ilícitas, mas apenas o uso de fio dental foi associado ao sangramento nas análises de regressão ajustadas. A quantidade de biofilme bacteriano, assim como sua especificidade, é determinante para o início e progressão das doenças periodontais¹⁶ e o sangramento pode ser um sinal de processo inflamatório²². Embora a frequência de higiene bucal diária não tenha sido relacionada às alterações periodontais estudadas, o uso do fio dental pode ser um indicador de melhor desempenho na remoção do biofilme.

A prevalência de alteração periodontal (CPI \geq 1) foi similar à encontrada na população geral de 35-44 anos no Brasil e na região Centro-Oeste, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal²⁰. Entretanto, as proporções dos componentes do CPI foram mais elevadas na

Tabela 4. Análises brutas e ajustadas das associações entre a condição periodontal (sangramento à sondagem e cálculo) e variáveis independentes pela regressão de Poisson.

| Variáveis independentes | Sangramento à sondagem (N=100) | | | | Cálculo (N=102) | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------------|-------|
| | Bruta RP (IC95%) | P | Ajustada RP (IC95%) | P | Bruta RP (IC95%) | P | Ajustada RP (IC95%) | P |
| Sexo | | 0,113 | | 0,101 | | 0,264 | | 0,410 |
| Masculino | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Feminino | 0,66 (0,39-1,11) | | 0,65 (0,39- 1,09) | | 0,83 (0,61-1,15) | | 0,88 (0,64-1,20) | |
| Frequência diária de higiene bucal | | 0,062 | | | | 0,059 | | |
| Uma vez ou menos | 1 | | | | 1 | | | |
| Duas vezes ou mais | 0,77 (0,60-1,01) | | | | 0,85 (0,72-1,00) | | | |
| Uso de fio dental | | 0,039 | | 0,034 | | | | |
| Não | 1 | | 1 | | | | | |
| Sim | 0,58 (0,35-0,97) | | 0,58 (0,35- 0,96) | | | | | |
| Já usou drogas ilícitas | | 0,210 | | | | 0,039 | | 0,055 |
| Sim | 1 | | | | 1 | | 1 | |
| Não | 0,81 (0,58-1,13) | | | | 0,76 (0,59-0,99) | | 0,78 (0,60-1,00) | |
| Faz uso de bebida alcoólica | | 0,196 | | | | | | |
| Sim | 1 | | | | | | | |
| Não | 0,65 (0,33-,1,25) | | | | | | | |
| Fuma cigarro | | 0,133 | | | | | | |
| Sim | 1 | | | | | | | |
| Não | 0,78 (0,57-1,08) | | | | | | | |

Fonte: Autores.

PSR estudada, com exceção da bolsa periodontal rasa. Condições mais precárias eram esperadas, como reflexo das barreiras no acesso a serviços odontológicos e práticas mais desfavoráveis de higiene bucal na PSR, tendo em vista o papel do acúmulo de biofilme dental na etiologia da doença periodontal inflamatória²³. Conclusões acerca das diferenças e similaridades verificadas nestas comparações devem ser realizadas com cautela, considerando variações nas faixas etárias dos indivíduos examinados, na metodologia de exame e no cálculo dos resultados.

Estes aspectos devem ser considerados também nas comparações com estudos anteriores realizados em PSR. No presente estudo, foi registrada a presença ou ausência de alterações em cada sextante, possibilitando não subestimar as alterações menos graves e obter um diagnóstico mais completo, enquanto em outros estudos foi registrada a pior condição de cada sextante.

No estudo de Blumenau, todos os 15 indivíduos pesquisados apresentaram bolsas periodontais e sangramento à sondagem¹⁴. Em uma amostra de 60 indivíduos de Natal, 46,7% apresentaram bolsas rasas, 26,7% bolsas profundas e 16,7% cálculo dentário como os piores escores de CPI¹⁵. Em Londres, 25% dos indivíduos apresentaram sangramento à sondagem e 30% cálculo dentário e bolsas²⁴. Em Hong Kong, a prevalência de CPI foi de 100% e 96% do total de examinados apresentavam bolsa periodontal²⁵. Em Brisbane, as prevalências de sangramento à sondagem, cálculo e bolsas em um grupo de homens foram 76,6%, 96,3% e 63,5%, respectivamente²⁶. Quase 100% da PSR de Estocolmo apresentou cálculo dentário e sangramento à sondagem, enquanto a prevalência de bolsas periodontais foi de 22,2%²⁷.

No presente estudo, as prevalências de sangramento à sondagem e de cálculo dentário foram semelhantes às encontradas nos estudos

Tabela 5. Análises brutas e ajustadas das associações entre a condição periodontal (bolsa periodontal e CPI) e variáveis independentes pela regressão de Poisson.

| Variáveis independentes | Bolsa periodontal (N=102) | | | | CPI≥1 (N=99) | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | Bruta RP (IC95%) | p | Ajustada RP (IC95%) | p | Bruta RP (IC95%) | p | Ajustada RP (IC95%) | p |
| Sexo | | 0,041 | | 0,207 | | 0,228 | | 0,403 |
| Masculino | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Feminino | 3,33 (1,05-10,56) | | 2,23 (0,64-7,74) | | 0,82 (0,60-1,13) | | 0,87 (0,63-1,20) | |
| Estado civil | | 0,029 | | 0,148 | | | | |
| Não casado(a)/União estável | 1 | | 1 | | | | | |
| Casado(a)/União estável | 3,58 (1,14-11,28) | | 2,51 (0,72-8,69) | | | | | |
| Frequência diária de higiene bucal | | | | | | 0,085 | | 0,221 |
| Uma vez ou menos | | | | | 1 | | 1 | |
| Duas vezes ou mais | | | | | 0,87 (0,74-1,02) | | 0,91 (0,77-1,06) | |
| Já usou drogas ilícitas | | 0,163 | | | | 0,068 | | 0,126 |
| Sim | 1 | | | | 1 | | 1 | |
| Não | 2,29 (0,71-7,35) | | | | 0,80 (0,63-1,02) | | 0,83 (0,65-1,05) | |

Fonte: Autores.

anteriores. A presença de bolsas periodontais foi menos prevalente e os motivos para as diferenças encontradas devem ser explorados em futuras investigações. As características sociodemográficas da amostra do presente estudo também se assemelham às de outros grupos de PSR, tanto no âmbito nacional quanto internacional, sendo a maioria dos indivíduos do sexo masculino^{9,15,24-27}, solteiros⁹, consumidores de bebida alcoólica^{24,26,27}, e com baixa escolaridade¹⁵.

As associações encontradas entre alterações periodontais e fatores sociodemográficos, higiene bucal e uso de drogas por indivíduos em situação de rua corroboram os fatores associados à doença periodontal já conhecidos na população em geral. Os estudos anteriores que investigaram estes aspectos em PSR são escassos e utilizaram apenas comparações bivariadas^{24,27}. Em Estocolmo foi observada uma proporção maior de mulheres com bolsa periodontal²⁷ e na Inglaterra não houve associação da condição periodontal com fatores sociodemográficos²⁴.

A alta proporção de indivíduos que relataram ter consumido drogas lícitas e ilícitas é preocupante, pelas implicações negativas para a sua saúde e qualidade de vida. Embora o uso de cigarro e de álcool sejam considerados fatores de risco

modificáveis para a doença periodontal¹⁶, nesta análise não foram encontradas associações, assim como no estudo em PSR da Inglaterra²⁴. A ausência de dados mais detalhados sobre o uso de cigarro e de álcool limita a interpretação do papel destas substâncias na condição periodontal dos indivíduos pesquisados.

Investigações sobre a relação entre drogas ilícitas e a condição periodontal de PSR não se encontram relatadas na literatura. O uso de drogas ilícitas tem influência na resposta imunoinflamatória do hospedeiro e no aumento de fatores predisponentes locais, como o cálculo dentário²⁸⁻³¹. Este, por sua vez, abriga continuamente biofilme bacteriano viável¹⁶, que é fator etiológico das doenças periodontais. Os resultados das análises bivariadas do presente estudo corroboram o papel deste fator: indivíduos que relataram já ter usado drogas ilícitas tiveram maior prevalência de cálculo e de CPI≥1, mas esta associação perdeu significância após ajuste por outros fatores.

Como pontos fortes do presente estudo, destacamos o rigor metodológico utilizado em etapas como a calibração da examinadora, o uso da metodologia do inquérito nacional de saúde bucal para o exame clínico periodontal, a abrangência das variáveis independentes e a análise estatística utiliza-

da, que foi além das análises bivariadas geralmente relatadas em estudos anteriores sobre a PSR.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. O uso do CPI com base no exame de dentes-índices com sonda OMS, indicado para inquéritos de base populacional, pode subestimar os resultados. A opção por este método se justificou por ser mais prático, considerando as dificuldades na realização de estudos em PSR. Além deste aspecto, dados sobre a perda de inserção periodontal não foram coletados e poderiam contribuir para uma descrição mais completa da condição periodontal. Ainda, a amostra foi composta por indivíduos atendidos temporariamente em uma instituição, portanto os resultados não podem ser extrapolados para a PSR em geral. Contudo, os estudos anteriores sobre saúde bucal, incluindo a condição periodontal, também foram conduzidos em instituições de apoio, abrigos ou albergues^{8-15,24-27}.

Outros estudos, com estratégia que inclua indivíduos não atendidos por instituições podem permitir inferência mais ampla dos resultados. Além disso, amostras maiores podem aumentar

o poder de identificar diferenças entre os grupos se elas existirem e reduzir o efeito da exclusão de não-respostas. Há necessidade também da realização sistemática de estimativas populacionais sobre a PSR no Brasil, que incluam suas condições de vida e de saúde geral e bucal.

Conclui-se que a prevalência de alterações periodontais de indivíduos adultos em situação de rua temporariamente institucionalizados em Goiânia foi elevada, houve predomínio de cálculo e a única associação independente foi entre presença de sangramento e uso de fio dental. Estes resultados podem ser úteis para embasar as estratégias de promoção de saúde nas políticas públicas voltadas à PSR^{32,33}, considerando ainda a relação entre as doenças periodontais e condições sistêmicas^{34,35}. No caso de PSR, diversas barreiras podem dificultar o acesso aos recursos de higiene bucal necessários à manutenção da saúde periodontal, como o fio dental. Estas barreiras devem ser consideradas nas ações de promoção de saúde, em conjunto com medidas que facilitem o acesso ao atendimento odontológico resolutivo e apropriado às suas necessidades.

Colaboradores

TGO Machado contribuiu com o planejamento, análise, discussão dos dados e redação do artigo. MCM Freire contribuiu com a concepção, planejamento, análise, discussão dos dados e redação do artigo. JAC Lawder contribuiu com a concepção, planejamento, coleta de dados e revisão do manuscrito. MA Matos contribuiu com a concepção, planejamento e revisão do manuscrito. JB Souza contribuiu com a concepção, planejamento e revisão do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC - Carta-Acordo 100/2013), em parceria com o Ministério da Saúde - Coordenação de DST/HIV/Aids e hepatites virais - edital: 003/2013.

Referências

1. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 24 dez.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome; 2008.
3. Natalino MAC. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília: Ipea; 2016.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
5. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional de Assistência Social. *Cartilha SUAS - Sistema Único de Assistência Social "Modo de Usar"* [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social; 2017 [acessado 2020 abr 1]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/capacitacao-e-boas-praticas/arquivos/cartilha-suas-modo-de-usar-formato-normal-atualizado.pdf/download>.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
7. Allukian MJ. Oral health: an essential service for the homeless. *J Public Health Dent* 1995; 55:8-9.
8. Blackmore T, Williams SA, Prendergast MJ, Pope JE. The dental health of single male hostel dwellers in Leeds. *Community Dent Health* 1995; 12:104-109.
9. Figueiredo RL, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent* 2013; 73(1):74-78.
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; 56:272-277.
11. Pereira ML, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral Health Prev Dent* 2014; 12(2):109-116.
12. Waplington J, Morris J, Bradnock G. The dental needs demands and attitudes of a group of homeless people with mental health problems. *Community Dent Health* 2000; 17:134-137.
13. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J* 2014; 59(2):234-239.
14. Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau - Santa Catarina. *Cien Cogn* 2008; 13(1):2-11.
15. Martins SSS, Silva EM. Análise da condição de saúde bucal da população em situação de rua do município de Natal-RN. *Rev Cien Plur* 2019; 5(3):21-39.
16. Kinane D, Stathopoulou P, Papapanou P. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3:17038.
17. Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MMP. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 47(n. esp.):799-803.

18. Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Rev Textos Cont* 2005; 4(1):1-15.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
21. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
22. Holt SC, Ebersole JL. Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, and Tannerella forsythia: the "red complex", a prototype polybacterial pathogenic consortium in periodontitis. *Periodontol 2000* 2005; 38:72-122.
23. Ramberg P, Sekino S, Uzel NG, Socransky S, Lindhe J. Bacterial colonization during de novo plaque formation. *J Clin Periodontol* 2003; 30(11):990-995.
24. 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; 3(8):136-144.
25. Luo Y, Mcgrath C. Oral health status of homeless people in Hong Kong. *Spec Care Dentist* 2006; 26(4):150-154.
26. Jago JD, Sternberg GS, Westerman B. Oral health status of homeless men in Brisbane. *Aust Dent J* 1984; 29(3):184-188.
27. De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand* 2005; 63(1):50-55.
28. Seneviratne CJ, Zhang CF, Samaranyake LP. Dental plaque biofilm in oral health and disease. *Chin J Dent Res* 2011; 14(2):87-94.
29. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Rösing CK, Feldens CA. Association Among Periodontitis and the Use of Crack Cocaine and Other Illicit Drugs. *J Periodontol* 2016; 87(12):1396-1405.
30. Mateos-Moreno MV, Del-Rio-Highsmith J, Rioboo-Garcia R, Sola-Ruiz MF, Celemin-Vinuela A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18:e671-e679.
31. Rawal SY, Tatakis DN, Tipton DA. Periodontal and oral manifestations of marijuana use. *J Tenn Dent Assoc* 2012; 92(2):26-32.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília: MS; 2014.
34. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci* 2017; 11(2):72-80.
35. Hedge R, Awan KH. Effects of periodontal disease on systemic health. *Dis Mon* 2019; 65(6):185-192.

Artigo apresentado em 06/06/2020

Aprovado em 27/03/2021

Versão final apresentada em 29/03/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva