



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA

ANA LORENA SANTOS BARBOSA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO**

FORTALEZA

2025

ANA LORENA SANTOS BARBOSA

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paola Gondim Calvasina

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B195c Barbosa, Ana Lorena Santos.

Condições de Saúde Bucal De Crianças e Adolescentes em Situação de Rua no Brasil:
Revisão de Escopo / Ana Lorena Santos Barbosa. – 2026.
44 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2026.
Orientação: Profa. Dra. Paola Gondim Calvasina.

1. Criança Institucionalizada. 2. Jovens Em Situação De Rua. 3. Saúde Bucal. I. Título.

CDD 617.6

ANA LORENA SANTOS BARBOSA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paola Gondim Calvasina

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Paola Gondim Calvasina (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dra. Ana Karine Machado Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dra. Mariana Ramalho de Farias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Deus, eu sou muito grata a ti. Nos momentos mais difíceis dos últimos anos eu senti a sua presença mais forte do que nunca, como se estivesse falando “Vai ficar tudo bem”. Eu nunca me senti sozinha. Obrigada por tudo.

Gostaria de agradecer à minha mãe, Ana, por ser o maior exemplo da minha vida. É uma honra ser sua filha, eu te amo em todos os detalhes.

Ao meu irmão, que amo muito. Eu queria, enquanto profissão, uma área que me inspirasse e acredito que seja por sua causa.

Ao meu pai, que é super carinhoso e sempre me apoiou. Eu te amo.

Ao meu avô, Carlos Escóssia Barbosa, que era professor da UFC. É uma honra me formar nessa casa. Sinto sua falta há mais de uma década, e pelo visto nunca vai passar.

Queria agradecer a minha avó Themis, que em 2022 partiu desta vida para o reino do céu. Ei vó, eu me formei, viu? Eu acho. Saudades de você e da sua omelete. E do seu bolo de laranja. Te amo.

Ao meu avô “Zenel”, que é minha grande inspiração. O homem mais trabalhador e humilde desse mundo.

Queria agradecer a minha família materna, que é verdadeiramente linda. Em especial minhas tias Kátia e Neinha, que são extremamente queridas por mim.

Obrigada ao meu padrinho e madrinha.

À minha dupla na faculdade, Yago Girão, por quem tenho imenso carinho. Foi uma convivência de muita harmonia e real sentido de parceria, sorrimos, nos frustramos, surtamos (muito), comemoramos, crescemos e sempre nos apoiamos. Estou torcendo muito por você. Obrigada por todos esses anos.

Às minhas amigas do coração, Amanda, Ana, Giovana e Vivian. Eu não sei o que seria da minha vida sem vocês. Obrigada por estarem comigo sempre.

Ao meu amigo John Kepler, obrigada por ser esse grande amigo e por aquela ligação de duas horas que me fez destravar a escrita deste TCC. Estamos a mais um passo do Japão.

Aos meus amigos Daniel e Vinicius, adoro vocês. Obrigada.

Agradeço a todos os meus professores da vida, em especial a minha orientadora Dra. Paola Calvasina, que me ajudou muito nessa trajetória.

RESUMO

As pessoas em situação de rua no Brasil fazem parte de uma parcela da população brasileira considerável e que enfrenta dificuldades históricas marcadas pela invisibilidade, extrema vulnerabilidade social, vínculos familiares e sociais fragilizados e exclusão ou dificuldade de acesso aos seus direitos. Nesse contexto, as crianças e os adolescentes nessa situação são ainda mais vulnerabilizados, pois são expostas a situações extremas de forma precoce que impactam diretamente seu desenvolvimento psíquico e físico. A saúde bucal sofre consequências diretas dessas situações extremas, o que traz consequências para toda a vida dessa criança ou adolescente, já que a infância e o período de desenvolvimento da criança e do adolescente são fundamentais para o estabelecimento de hábitos saudáveis e uma boa saúde da cavidade oral durante toda a vida. Diante disso, este trabalho tem como objetivo mapear e sintetizar as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes no Brasil nos últimos 15 anos para descrever quais os principais achados clínicos e que outros contextos podem interferir nesses achados. Assim, aspectos relacionados aos hábitos e percepção de higiene oral, motivo de acolhimento nos abrigos, acesso ao tratamento odontológico, entre outros, como estresse psicológico foram abordados nesse estudo, que trata-se de uma revisão de escopo realizada nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Periódico da Capes. Após realizar um mapeamento de conceitos utilizando descritores do DeCS/MeSH, foram selecionados 8 artigos para fazer parte dessa revisão. Observou-se que todas as pesquisas foram feitas com crianças e adolescentes institucionalizados, evidenciando ausência de estudos com aquelas que, no momento do estudo, vivenciavam diretamente a rua, o que é uma lacuna importante na produção científica nacional. Além disso, os resultados apontam para condições de saúde bucal desfavoráveis e fortemente influenciadas por determinantes sociais e estruturais. Por isso, esta revisão sugere a necessidade de ampliar e qualificar as pesquisas sobre o tema, bem como adotar abordagens específicas às especificidades desta população.

Palavras-Chave: criança institucionalizada; jovens em situação de rua; saúde bucal.

ABSTRACT

People experiencing homelessness in Brazil constitute a significant segment of the population and face long-standing challenges marked by invisibility, extreme social vulnerability, weakened family and social ties, and limited or absent access to fundamental rights. Within this context, children and adolescents are even more vulnerable, as they are exposed early to extreme situations that directly affect their physical and psychological development. Oral health is directly impacted by these conditions, with consequences that may persist throughout life, since childhood and adolescence are critical periods for the establishment of healthy habits and adequate oral health. This study aimed to map and synthesize the oral health conditions of children and adolescents in Brazil over the last 15 years, describing the main clinical findings and identifying contextual factors that may influence these outcomes. A scoping review was conducted using the databases PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde, and Periódicos CAPES. After a concept-mapping process using DeCS/MeSH descriptors, eight articles were included. All studies were conducted with institutionalized children and adolescents, highlighting the absence of research involving those who were actively living on the streets at the time of data collection, representing an important gap in the national scientific literature. Overall, the findings indicate unfavorable oral health conditions, strongly influenced by social and structural determinants. This review underscores the need to expand and strengthen research on this topic and to adopt approaches that are sensitive to the specificities of this highly vulnerable population.

Keywords: child, institutionalized; homeless youth; oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos.....	16
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mapeamentos de Conceitos considerando a estratégia PCC.....	12
Quadro 2 - Quanto aos achados clínicos bucais: Cárie Dental.....	18
Quadro 3 - Outros achados clínicos bucais encontrados nos estudos.....	19
Quadro 4 - Quanto à percepção de Higiene Oral.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	Objetivos gerais.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	METODOLOGIA.....	10
3.1	Tipo de estudo.....	10
3.2	Pergunta de pesquisa.....	10
3.3	Busca na Literatura.....	10
3.4	Crêterios de Elegibilidade do estudo.....	11
3.4.1	Crêterios de Inclusão.....	11
3.4.2	Crêterios de Exclusão.....	12
3.5	Estratégias de busca.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5	CONSIDERA�OES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES BVS, PERIÓDICO DA CAPES.....	30
	APÊNDICE B – ESTRATÉGIA DE BUSCA UTILIZADA NA PLATAFORMA PUBMED.....	32
	APÊNDICE C – REFERÊNCIA, ESTADO E TÍTULO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA COMPOR ESTA REVISÃO.....	33
	APÊNDICE D – DADOS EXTRAÍDOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS..	34

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) no Brasil é definida conforme o Decreto nº 7053 de 23 de Dezembro de 2009 como:

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 (BRASIL, 2009).

Entre os membros mais vulnerabilizados desse grupo estão as crianças e os adolescentes, cujos direitos fundamentais, como moradia e acesso à saúde, são constantemente violados.

Segundo levantamento realizado pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas Com a População Em Situação De Rua da Universidade Federal de Minas Gerais (OBPopRua/POLOS-UFMG, 2025), o número de pessoas em situação de rua no Brasil registradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) em março de 2025 foi de 353.151 indivíduos. Destes, aproximadamente 3% pertencem à faixa etária de 0 a 18 anos, correspondendo a 9933 crianças e adolescentes em situação de rua.

É difícil, entretanto, estimar com clareza a quantidade de pessoas em situação de rua, visto que elas enfrentam barreiras estruturais para acesso a políticas de registro e proteção social. A estimativa da PSR no Brasil é historicamente imprecisa, sobretudo porque esse grupo não é incluído nos censos demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e existem poucos dados disponíveis para monitoramento e avaliação de políticas públicas voltadas a esse público, segundo Dias et al. 2021. Essa invisibilidade estatística reflete diretamente na saúde dessa população.

De fato, um exemplo emblemático desse reflexo que trouxe à luz essa invisibilidade foi que em 2021, no auge da pandemia, o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 considerou em sua cobertura apenas 66.963 pessoas. Tal dado foi contestado pela Defensoria Pública da União (DPU), que utilizou como fundamento estimativa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, segundo o qual o número de pessoas em Situação de Rua em março de 2020 era de 221.869

(IPEA, 2020), evidenciando como essas discrepâncias estatísticas podem afetar a saúde da PSR.

É importante ressaltar que a não visibilidade da população em situação de rua não é um fenômeno recente, mas histórico. Nesse âmbito, compreender a história do Brasil é fundamental para entender o abandono vivenciado por essas pessoas do ponto de vista social e político. Com efeito, são pessoas extremamente vulnerabilizadas, em sua maioria negras segundo o I Censo e Pesquisa Nacional sobre as PSR (BRASIL, 2008) e que herdam as consequências diretas de séculos de escravidão, da ausência de políticas públicas e de violências estruturais, como o racismo (Silva; Pinheiro; Natalino, 2020).

Nesse contexto, algumas políticas da área da saúde ganham destaque na promoção e na construção de uma sociedade mais justa e igualitária. É o caso do Consultório na Rua (CnaR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011 (BRASIL, 2011), como uma estratégia que amplia o acesso da PSR aos serviços de saúde, atuando com a formação de equipes multidisciplinares de forma a promover assistência integral.

As equipes do Consultório na Rua se organizam em três modalidades (I, II e III) e em duas categorias de profissionais (A e B). A modalidade I deve fazer parte 4 profissionais, sendo pelo menos 2 profissionais da categoria A, enquanto a modalidade II devem fazer parte 6 profissionais, sendo pelo menos 3 profissionais da categoria A (BRASIL, 2012). O restante pode ser das categorias A e B. A modalidade III deve ser igual a modalidade II, mas incluindo um profissional médico. Entre os profissionais da categoria A, estão os enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Já a categoria B pode contar com profissionais como Cirurgiões-Dentista, agentes sociais, técnicos de enfermagem e em saúde bucal, educadores físicos e profissionais com formação em Arte e Educação. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Nesse sentido, essa estratégia tem se consolidado como avanço significativo na promoção da visibilidade e do cuidado à PSR, pois busca vencer barreiras específicas de acesso, como a exigência de documentação, o estigma social e horários inflexíveis (Hallais; Barros, 2012). Do ponto de vista odontológico, essa estratégia possibilita ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde bucal em territórios historicamente negligenciados. No entanto, é importante ressaltar que a presença do Cirurgião-Dentista como parte da equipe que integra os Consultórios

na Rua não é obrigatória e somente foi adicionado através da Portaria nº1029/2014, três anos após a criação do CNAR. (BRASIL, 2014).

Considerando a invisibilidade da PSR, a escassez de políticas públicas voltadas para essa população, a não obrigatoriedade das equipes odontológicas integrarem as equipes dos consultórios da Rua, além da dificuldade da implementação dessa estratégia nos estados, fica evidente que ainda existem muitas barreiras a serem enfrentadas do ponto de vista do acesso e do cuidado da saúde bucal. Ademais, quando o foco é apenas uma parcela dessa população, que são as crianças e os adolescentes, a obtenção de dados de saúde bucal se torna ainda mais difícil, visto que além das dificuldades previamente mencionadas, o estudo passa a ser sobre menores de idade em situação de vulnerabilidade, que muitas vezes não possuem estrutura familiar e encontram-se em instituições de acolhimento e abrigos temporários.

À luz dessas informações e compreendendo a vigilância epidemiológica como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva (BRASIL, 1990), pode-se inferir que mapear os dados de saúde bucal de uma população faz parte desse conjunto. Nesse sentido, o presente estudo tem foco em identificar e analisar as evidências científicas sobre as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil. Torna-se fundamental e relevante para interferir nos riscos e agravos de saúde desse público, seja de forma preventiva, seja de forma intervencionista.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Analisar as principais condições de saúde bucal encontradas em crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

Para complementar o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a produção científica nacional sobre saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil nos últimos 15 anos,
- Sintetizar as principais condições de saúde bucal reportadas dessa população
- Identificar os fatores associados às condições de saúde bucal nessa população, como conhecimento a respeito da saúde bucal, hábitos de higiene oral, alimentação, e condições de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão de Escopo (RE), que tem como objetivo mapear e sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil dos últimos 15 anos. Foram utilizados os preceitos metodológicos de JBI (Joanna Briggs Institute) para realizar a revisão de escopo (Peters et al., 2020), incluindo: 1) a identificação da pergunta de pesquisa; 2) a identificação de estudos relevantes a partir dos critérios de elegibilidade; 3) seleção dos estudos; coleta, e sumarização dos resultados, relacionando com o propósito da revisão, realizando conclusões e notando quaisquer implicações do estudo.

3.2 Pergunta de pesquisa

Primeiramente, foi definida uma pergunta norteadora baseada na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) utilizada especificamente para revisões de escopo. Nesse sentido, utilizando a estratégia que corresponde a P- Criança ou Adolescente; C- Condições de Saúde Bucal; C- Situação de Rua, obteve-se a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências científicas disponíveis sobre as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil dos últimos 15 anos?”.

3.3 Busca na Literatura

Para realizar essa pesquisa, inicialmente, foi realizado um mapeamento de conceitos utilizando a estratégia PCC e identificado os vocábulos controlados dos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) similares a “População, Conceito, Contexto” previamente definidos para obtenção da pergunta norteadora, conforme o Quadro 1. Em seguida, foram feitas buscas específicas em 3 portais de conhecimento: PubMed, BVS, Portal do periódico CAPES. Essas buscas foram realizadas utilizando os vocábulos controlados do mapeamento de conceitos de forma intercalada com operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram utilizados os seguintes descritores como palavras-chave: “Criança”,

“Adolescente” e os termos alternativos para adolescentes, como “Jovem”, “Jovens”, “Juventude”, “Pessoa com 13 a 18 anos de idade” e “Menores de idade”. Para Conceito, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Saúde Bucal”, “Inquérito de Saúde Bucal”, “Inquéritos de Saúde Dentária”, “Levantamentos de Saúde Bucal”, “Vigilância da Saúde Bucal”, “Saúde Bucal”, “Vigilância de Saúde Bucal”, “Educação em saúde Bucal”, “Equipe de Saúde Bucal”, “Cárie Dentária”, “Cavidade Dentária”, “Cavidades Dentárias”, “Cárie Dental”, “Cáries”, “Cáries Dentais”, “Cáries Dentárias”, “Dente Cariado”, “Lesões Cariosas”, “Mancha Branca Dentária”, “Manchas Brancas Dentárias”, “Manchas Dentárias Acrômicas”, “Dieta Cariogênica”, “Cariogênicos” “Cariostáticos”, “Índice CPO”, “Clínicas Odontológicas”, “Diagnóstico Bucal”, “Doenças da Boca”, “Inquéritos de Saúde Bucal”, “Reabilitação Bucal”, “Cariogênicos”, “Cariostáticos”, “Cárie Radicular”, “Desmineralização do Dente”, “Dieta Cariogênica”. Para contexto, foram utilizadas: “Situação de Rua”, “Jovens Em Situação de rua (Homeless Youth)”, “Crianças de Rua”, “Crianças sem Lar”, “Juventude de Rua”, “Juventude sem Lar”, “Meninos de Rua”, “Menores de Rua”, “Criança, institucionalizada”, “Saúde da Criança Institucionalizada”, “Pessoas Mal Alojadas (Ill-Housed Persons)”, “Abrigos”, “Abrigos para Pessoas Sem-Teto”, “Albergue para sem-Teto”, “Falta de Habitação”, “Falta de Moradia”, “Morador de Rua”, “Moradores de Rua”, “Pessoas em Situação de Rua”, “Pessoas sem Lar”, “Pessoas sem-Teto”, “População em Situação de Rua”, “Sem-Teto”, “Serviços de Saúde da Criança”.

3.4 Critérios de Elegibilidade do estudo

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), conforme recomendado pelo JBI, a fim de garantir a seleção de estudos relevantes ao objetivo da revisão.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos estudos que, conforme a definição da Organização Mundial De Saúde (OMS) para crianças e adolescentes, abordaram uma população entre 0 e 19 anos. Ademais, os estudos deveriam, ainda, incluir a investigação de condições de saúde bucal da população analisada, o que poderia envolver

desordens bucais e demais achados de exames clínicos orais e hábitos de higiene bucal. Outrossim, foram incluídas publicações realizadas no Brasil nos últimos 15 anos, considerando que a Política Nacional de Atenção Básica, ao adotar a estratégia dos Consultórios na Rua, em 2011, representou um marco de ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Além disso, foram incluídos estudos voltados ao atendimento da população em situação de rua, como abrigos, ONGs, serviços públicos de assistência e Consultórios na Rua, desde que a população estudada fosse composta por criança ou adolescente em situação de rua, vítimas de violência física ou psicológica, negligência. Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, artigos originais, teses e dissertações.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos que apresentassem população inadequada, como estudos com crianças ou adolescentes institucionalizados em centros prisionais, estudos que incluíram crianças em vulnerabilidade social, mas que não estavam em situação de rua (ex.: baixa renda, periferias, porém com residência fixa e suporte familiar) e estudos que avaliassem população maior de 19 anos. Além disso, foram excluídos estudos com conceito inadequado, como estudos que não abordaram aspectos relacionados à saúde bucal e estudos cujo enfoque foi exclusivamente clínico, mas sem ligação com a população-alvo. Foram deletados, também, pesquisas realizadas fora do Brasil e estudos cuja coleta ocorreu apenas em ambientes escolares ou domiciliares e que não explicitaram se incluíram ou não a população desejada. Não houve distinção de estudos e métodos utilizados.

Quadro 1: Mapeamentos de Conceitos considerando a estratégia PCC

MAPEAMENTO DE CONCEITOS		
Acrônimo	Vocabulário Controlado DeCS	Vocabulário controlado MeSH
P - Criança OU Adolescente	Child OR Child* Adolescent OR Adolescent* OR Youth	Menores de Idade

	<p>OR Youth* (Adolescente OR Adolescentes OR Adolescência OR Jovem OR Jovens OR Juventude OR Pessoa com 13 a 18 anos de idade</p>	
<p>C- Condição de Saúde Bucal</p>	<p>Saúde Bucal OU Inquérito de Saúde Bucal OU Inquéritos de Saúde Dentária OU Levantamentos de Saúde Bucal OU Vigilância da Saúde Bucal OU Vigilância de Saúde Bucal OU Educação em saúde Bucal OU Equipe de Saúde Bucal OU Cárie Dentária OU Cavidade Dentária OU Cavidades Dentárias OU Cárie Dental OU Cáries OU Cáries Dentais OU Cáries Dentárias OU Dente Cariado OU Lesões Cariosas OU Mancha Branca Dentária OU Manchas Brancas Dentárias OU Manchas Dentárias Acrômicas OU Dieta Cariogênica OU Cariogênicos OU Cariostáticos OU Índice</p>	<p>Clínicas Odontológicas OU Diagnóstico Bucal OU Doenças da Boca OU Inquéritos de Saúde Bucal OU Reabilitação Bucal OU Cariogênicos OU Cariostáticos OU Cárie Radicular OU Desmineralização do Dente OU Dieta Cariogênica</p>

	CPO	
C- Situação de Rua OU Institucionalização	Situação de Rua OU Jovens Em Situação de rua (Homeless Youth) OU Crianças de Rua OU Crianças sem Lar OU Juventude de Rua OU Juventude sem Lar OU Meninos de Rua OU Menores de Rua OU Criança, institucionalizada OU Saúde da Criança Institucionalizada OU Pessoas Mal Alojadas (Ill-Housed Persons) OU Abrigos OU Abrigos para Pessoas Sem-Teto OU Albergue para sem-Teto OU Falta de Habitação OU Falta de Moradia OU Morador de Rua OU Moradores de Rua OU Pessoas em Situação de Rua OU Pessoas sem Lar OU Pessoas sem-Teto OU População em Situação de Rua OU Sem-Teto	Serviços de Saúde da Criança

Fonte: Autoria Própria (2025).

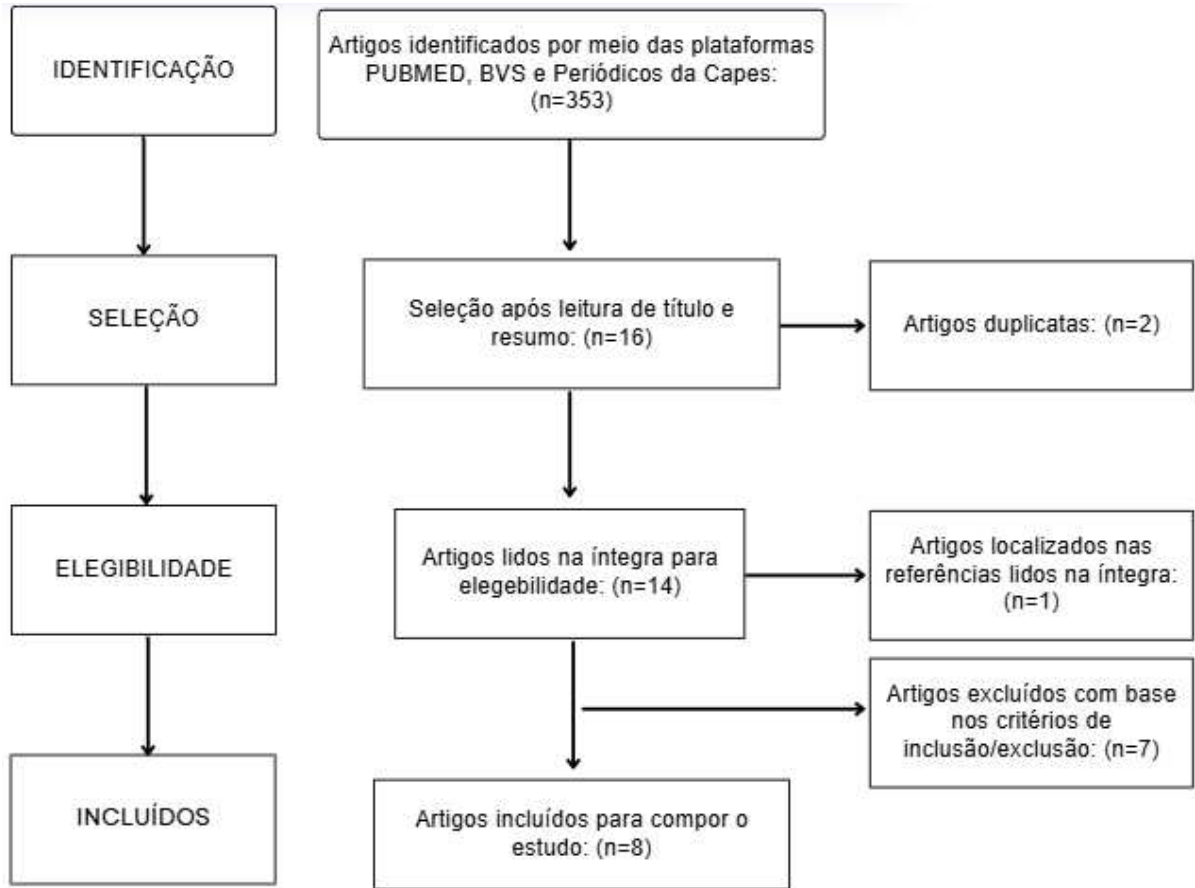
3.5 Estratégias de busca

O APÊNDICE A mostra as estratégias de busca utilizadas para realizar as pesquisas nas bases de dados BVS e Periódico da Capes respectivamente. O APÊNDICE B mostra a estratégia de busca utilizada para realizar a pesquisa no PubMed.

3.6 Seleção dos estudos

A revisão de literatura foi conduzida nas bases de dados PubMed, BVS, Periódico da Capes aplicando o filtro temporal dos últimos 15 anos, resultando em um total de (n= 363) estudos encontrados. Após realizar a leitura de título e resumo de todos os artigos, foram selecionados (n= 16) artigos que poderiam se encaixar com a temática requerida para esta revisão. Foram excluídos dois artigos duplicados, restando (n=14) artigos aptos. Nas referências de um dos artigos lidos na íntegra foi selecionado outro artigo da mesma autora. Após leitura completa dos (n=15) artigos, foram excluídos (n=7) artigos com base nos critérios de inclusão/exclusão supracitados. Por fim, (n=8) estudos foram selecionados para essa revisão. (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos.



Fonte: Autoria Própria (2025).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Detalhes sobre os estudos selecionados e os principais achados encontram-se nos APÊNDICES C e D. Observou-se que a maioria dos estudos eram da região Nordeste, especialmente de Recife, no estado de Pernambuco (n=5) (Vasconcelos et al., 2025; Campos et al., 2024; Do Nascimento et al., 2025; Gurgel et al., 2022; Celerino et al., 2023) e em Fortaleza, Ceará (n=2) (Da Silveira et al., 2021; Vieira; Karbage, 2011). Foi identificado, também, um estudo realizado na região Norte, em Tocantins (n=1) (Do Monte et al., 2022).

Ademais, 2 desses artigos mencionaram serem estudos que fazem parte de um projeto maior da cidade de Recife, intitulado “Situação de saúde de crianças e adolescentes acolhidos em abrigos institucionais da cidade do Recife - Projeto Acolher” (Campos et al., 2024; Gurgel et al., 2022). Também foi observado que todos os estudos foram do tipo de delineamento transversal (n=8) (Vasconcelos et al., 2025; Campos et al., 2024; Do Nascimento et al., 2025; Gurgel et al., 2022; Celerino et al., 2023; Da Silveira et al., 2021; Vieira; Karbage, 2011; Do Monte et al., 2022).

Nesta revisão de escopo, a análise dos estudos incluídos evidencia que a produção científica nacional sobre saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil se concentra principalmente na descrição dos achados clínicos bucais, investigados em todos os estudos (n=8), com destaque para a cárie dentária, abordada em 4 estudos (n=4) (Campos et al., 2024; Do Nascimento et al., 2025; Vieira e Karbage, 2011; Do Monte et al., 2022).

A percepção de higiene bucal e os hábitos de higiene oral foram abordados em alguns dos estudos incluídos (n=2) (Gurgel et al., 2022; Vasconcelos et al., 2025), geralmente por meio de questionários aplicados às crianças e aos adolescentes. Os aspectos psicológicos como estresse, ansiedade e depressão apareceram em menor amplitude (n=2) (Da Silveira et al., 2021; Vasconcelos et al., 2025), evidenciando a existência de abordagens no relacionamento entre saúde bucal e saúde mental dessa população.

A percepção dos cuidadores acerca do conhecimento em higiene oral, frequência da escovação e práticas alimentares foi explorada em um estudo (n=1) (Gurgel et al., 2022). Ademais, alguns estudos (n=5) (Campos et al., 2024; Celerino et al., 2023; Do Nascimento et al., 2025; Gurgel et al., 2022; Vasconcelos et al., 2025) trouxeram variáveis sociodemográficas e contextuais, como sexo, idade,

tempo e motivo de acolhimento, histórico de violência ou abuso, bem como acesso a atendimento odontológico, o que reforça o reconhecimento no papel dos determinantes sociais na condição de saúde bucal de crianças e adolescentes. Além disso, dos estudos analisados, alguns apresentaram delineamento comparativo (n=2) (Vieira; Karbage, 2011; Do Nascimento et al., 2025), os quais comparavam crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Com efeito, no que se refere aos achados clínicos bucais, os estudos revelam condições clínicas desfavoráveis entre as crianças e adolescentes em situação de rua. A cárie dentária foi o agravo mais investigado pelos estudos dessa revisão de escopo e conforme o Quadro 2, observou-se alta prevalência desta, sobretudo em dentes decíduos (Campos et al., 2024), o que indica início precoce do processo de adoecimento bucal e falhas persistentes nas ações preventivas ao longo da infância.

Em uma instituição, a presença de cárie foi universal entre as crianças examinadas (Do Monte et al., 2022), o que revela um cenário de alta necessidade de tratamento e possível ausência ou insuficiência ao acesso aos serviços de saúde bucal.

No estudo de Vieira e Karbage (2011), foi realizado uma comparação entre 4 grupos, em que ambos os grupos I e II (GI e GII) eram compostos por crianças institucionalizadas, mas o grupo I (GI) era composto por crianças que possuíam acesso ao tratamento odontológico preventivo e de rotina, enquanto o Grupo II (GII) não possuía acesso. Assim, identificou-se que crianças e adolescentes abrigados que recebiam atenção odontológica preventiva possuíam uma menor prevalência de cárie dentária quando comparados às crianças e adolescentes abrigados sem acesso a serviços de atenção odontológica, conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Quanto aos achados clínicos bucais: Cárie Dental

	Quanto aos achados clínicos bucais: Cárie Dental
Campos et al. (2024)	88 crianças e adolescentes entre 8 e 17 anos Prevalência principalmente em decíduos; Cárie em decíduos = 70% Permanentes = 54,5%; Crianças de 8 a 9 anos: Índice ceo-d: (3,78); Crianças 10-12anos CPO-D (1,23); Adolescentes 14-17 CPO-D (2,47)

Do Monte et al. (2022)	Do Monte et al.: 100% das crianças entre 6 e 12 anos possuíam cárie em dentes decíduos e 50% em dentes permanentes Amostra pequena (n=4)
Vieira e Karbage et al. (2011)	133 crianças entre 3 e 6 anos Índice ceo-d de crianças institucionalizadas que possuíam acesso ao dentista era menor. GI: ceo-d (2,64) GII: ceo-d (4,52); GIII (1,88) GIV (3,97)
Do Nascimento et al. (2025)	Comparava 2 grupos de adolescentes entre 15 e 18 anos quanto a perda dentária DMFT do grupo de adolescentes institucionalizados: (2.84) DMFT do grupo de adolescentes não institucionalizados: (0.96)

Fonte: Aatoria Própria (2025).

Além da cárie dentária, foram identificados outros aspectos clínicos, como a perda dentária, que segundo Do Nascimento et al. (2025) se apresentou significativamente mais prevalente em adolescentes institucionalizados, quando comparados àqueles não institucionalizados que conviviam com as suas famílias, sugerindo efeitos cumulativos da negligência e da exclusão social no cuidado em saúde bucal, conforme o Quadro 3.

O traumatismo dental também foi abordado em um estudo por Celerino et al. (2023) e representou um achado frequente entre os adolescentes deste estudo, especialmente envolvendo dentes anteriores permanentes, sendo associadas geralmente a quedas e colisões em ambientes externos, como a rua. É importante ressaltar que apenas uma pequena parcela desses adolescentes recebeu tratamento odontológico após o trauma, mesmo durante o período de acolhimento institucional, como indicado no Quadro 3.

Quadro 3: Outros achados clínicos bucais encontrados nos estudos

	Quanto aos outros achados clínicos bucais:
Perda Dentária	Do Nascimento et al. (2025) faz uma comparação entre grupo de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados; Significativamente mais prevalente em institucionalizados (22,6% apresentou perda dentária, quase 3 vezes mais que os não institucionalizados)
Traumatismo	Estudo realizado com 81 adolescentes entre 10 e 17 anos Frequentemente associada aos adolescentes do estudo de Celerino et al. (2023), com prevalência de 18,5% em decíduos e, principalmente,

Dentário	em dentes permanentes 22,2%; Além disso, os dentes mais acometidos eram os anteriores. E apenas 13% dos adolescentes receberam tratamento (dos 32 adolescentes que tiveram traumatismo, apenas 4 recebeu atendimento odontológico)
Outros Agravos	Índice de Higiene Oral (IHO): 67,9% adolescentes foram considerados como índice "ruim/pobre" na presença de biofilme visível (Vasconcelos et al. (2025); Sangramento Gengival: Gurgel et al. (2022) 57,5% não relatou sangramento gengival; 27,5% relata presença Do Monte et al.(2022): má oclusão (75%); fluorose (50%) (amostra pequena, 4 crianças)

Fonte: Aatoria Própria (2025).

Outros agravos clínicos incluíram elevada frequência de sangramento gengival (Gurgel et al., 2022), higiene oral insatisfatória (Vasconcelos et al., 2025), má oclusão e fluorose (Do Monte et al., 2022). Das crianças analisadas por Do Monte et al. (2022) 75% possuíam má oclusão e 50% fluorose. Enquanto Gurgel et al., (2022) identificou que a maioria dos 40 adolescentes entrevistados (57,5%) não relatou sangramento gengival, mas 27,5% desses adolescentes mencionou alguma ou constante presença de sangramento gengival.

Outrossim, no que se refere à percepção de higiene bucal e aos hábitos de higiene oral, os estudos evidenciaram que a frequência de escovação nem sempre se refletia em condições clínicas orais satisfatórias. Conforme observado por Vasconcelos et al. (2025), embora a maioria das crianças relatasse acesso a escova e ao dentífrico e apresentasse boa frequência de escovação, conforme descrito no Quadro 4, foi identificada elevada presença de biofilme visível nessas crianças.

Além disso, Gurgel et al. (2022) observaram que, embora as crianças tivessem acesso à escova e ao dentífrico, relatassem escovação regular e apresentassem autopercepção positiva de higiene oral, uma parcela expressiva referiu sangramento gengival frequente ou ocasional, conforme o Quadro 4. Assim, em consonância com Vasconcelos et al. (2025), esses achados revelam uma dissociação entre percepção e condição real de saúde bucal, sugerindo fragilidades tanto na técnica de escovação, quanto na regularidade e supervisão das práticas de higiene oral. Esses resultados reforçam a necessidade de ações educativas contínuas em saúde bucal adaptadas à realidade dessas crianças e adolescentes, para que seja possível uma melhor autopercepção de saúde oral e melhoras efetivas de seus hábitos de higiene.

Quadro 4: Quanto à percepção de Higiene Oral

	Quanto à percepção de Higiene Oral
Vasconcelos et al. (2025)	81 adolescentes entre 10 e 17 anos (98,8%) destes possuíam escova de dentes; maioria escovava 3 vezes ao dia A escovação relatada é diferente da condição clínica. Presença de biofilme visível através do Índice de Higiene Oral (IHO): índice “ruim/pobre”: (67,9%)
Gurgel et al. (2022)	(62,5%) escova os dentes 2x ao dia; nenhum deixou de escovar nos últimos 30 dias; Autopercepção de higiene oral: (72,5%) se sente bem, (12,5%) se sente muito bem; (15%) não se sente bem (27,5%) relata possuir sangramento gengival às vezes; (12,5%) sempre

Fonte: Autoria Própria (2025).

A abordagem de aspectos psicológicos esteve presente em dois estudos, o que proporcionou relevante contribuição para compreender como a saúde mental e a saúde bucal se relacionam no contexto das crianças e adolescentes em situação de rua. Da Silveira et al. (2021) analisaram a relação entre o estresse tóxico de crianças institucionalizadas e o índice médio CPO-D, não identificando relação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

Por sua vez, Vasconcelos et al. (2020) evidenciaram elevada prevalência de sofrimento psicológico entre adolescentes institucionalizados, com altos índices de depressão e ansiedade, associados a históricos de violência, negligência familiar e instabilidade emocional. Apesar disso, o estudo não encontrou diferença significativa entre o Índice de Higiene Oral (IHO) e a presença de estresse, ansiedade ou depressão. Em conjunto, esses achados sugerem que, embora o sofrimento psicológico seja altamente prevalente nessa população e possa influenciar indiretamente o autocuidado, sua relação com indicadores clínicos de saúde bucal ainda não se apresenta de forma direta ou linear, indicando a necessidade de estudos que explorem essa interface de maneira mais aprofundada e longitudinal.

É válido ressaltar que Gurgel et al. (2022) além de trazer informações acerca das condições de saúde bucal das crianças e adolescentes, trouxe também a percepção dos cuidadores acerca do conhecimento e das práticas relacionadas à higiene bucal. Nesse estudo, observou-se que embora os cuidadores possuíssem

conhecimento básico sobre a importância da escovação dentária, esse saber nem sempre era retornado na prática através da escovação supervisionada, estímulo ao uso do fio dental e controle do consumo de carboidratos. Ademais foram relatadas dificuldades como alta rotatividade dos profissionais, sobrecarga do trabalho e ausência de capacitações específicas em saúde bucal. O estudo também apontou que a organização da rotina institucional exerce influência direta sobre os hábitos de higiene oral de crianças e adolescentes, sendo mais favorável nos contextos onde existiam horários definidos para a escovação e em que os cuidadores se envolviam.

No que se refere às variáveis sociodemográficas e de contexto, a maioria dos estudos incluídos (n=5) (Campos et al., 2024; Celerino et al., 2023; Do Nascimento et al., 2025; Gurgel et al., 2022; Vasconcelos et al., 2025) incorporou informações relacionadas a sexo e idade e alguns estudos incluíram tempo e motivo de acolhimento institucional, histórico de violência ou abuso, vínculos familiares fragilizados e acesso aos serviços de saúde, evidenciando a complexidade dos determinantes sociais que permeiam a saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua ou acolhimento institucional. De modo geral, observou-se maior concentração de adolescentes do sexo masculino, especialmente nos estudos que abordaram traumatismo dentário e perda dentária, possivelmente relacionada à maior exposição a situações de risco e violência no espaço da rua (Celerino et al., 2023; Do Nascimento et al., 2025).

A faixa etária também se mostrou um fator relevante, uma vez que crianças mais jovens apresentaram maior comprometimento dos dentes decíduos, enquanto adolescentes exibiram piores indicadores cumulativos, como maior experiência de cárie e maior número de dentes perdidos, reforçando o caráter progressivo dos agravos bucais ao longo do curso de vida (Campos et al., 2024).

Quanto ao acesso ao tratamento odontológico, Vieira e Karbage (2011) realizaram um estudo comparativo no qual a amostra das crianças institucionalizadas que possuíam até 5 anos de idade foi subdividida em 2 grupos, conforme acesso ao cuidado odontológico. As crianças que possuíam acesso à prevenção, ao tratamento e ao acompanhamento odontológico regular obtiveram índice ceo-d médio equivalente a 2,64, enquanto as crianças sem acesso ao dentista a não ser em caso de emergência por agendamento em posto de saúde, tiveram índice ceo-d significativamente mais elevado, com média de 4,52. Desse modo, fica claro que o acesso contínuo ao tratamento odontológico oferece impacto positivo na

saúde oral mesmo em contexto de elevada vulnerabilidade social. É importante salientar, porém, que quando comparado ao SB Brasil 2023, em que o índice ceo-d médio da faixa etária de 5 anos foi igual a 2,14 (BRASIL, 2023), fica ainda mais evidente a expressiva discrepância entre as crianças institucionalizadas sem acesso ao tratamento odontológico preventivo e a população infantil brasileira em geral.

Entretanto, quando comparado aos dados do SB Brasil 2023 em que o Índice CPO-D médio das crianças de 12 anos foi de 1,67 (BRASIL, 2023), observa-se que o valor encontrado por Campos et al. (2024), em estudos com 40 adolescentes dessa mesma faixa etária, foi de 1,23. O estudo de Campos e colaboradores traz um resultado inferior à média nacional, aspecto considerado positivo, sobretudo diante do contexto de vulnerabilidade enfrentado por esses adolescentes.

Ainda sobre a questão do acesso, é importante mencionar que alguns estudos incluídos nesta revisão evidenciaram que esse acesso ainda é inexistente ou insuficiente por grande parte das crianças e adolescentes institucionalizados. (Gurgel et al., 2022; Celerino et al., 2023). De fato, Celerino et al. (2023) enfatiza que somente 18,5% dos 81 adolescentes analisados tiveram acesso a atendimento odontológico nos últimos 12 meses e que dos 32 adolescentes que haviam sofrido trauma dentário, apenas 13% informou ter recebido tratamento. Esses achados mostram a dificuldade de uma efetiva utilização dos serviços de saúde bucal, o que reforça a questão da vulnerabilidade dessa população.

Diferenças importantes foram observadas quanto ao tempo de institucionalização e ao motivo do acolhimento, sendo recorrente a associação entre permanência prolongada nas instituições e histórico de negligência, violência doméstica ou abuso, fatores que impactam negativamente tanto a saúde mental quanto a saúde bucal (Vasconcelos et al., 2025). Alguns estudos apontaram que crianças e adolescentes com histórico de violência apresentaram piores condições de higiene oral e maior prevalência de cárie, sugerindo que experiências adversas precoces influenciam diretamente o autocuidado e o acesso aos serviços de saúde (Campos et al., 2024). Ademais, o acesso aos serviços odontológicos mostrou-se irregular e, em muitos casos, limitado a atendimentos de urgência, sem garantia de continuidade do cuidado, mesmo durante o período de acolhimento institucional (Vieira; Karbage, 2011; Do Monte et al., 2022).

Nos oito estudos incluídos para esta revisão, três especificaram explicitamente que o motivo de acolhimento institucional estava relacionado à situação de rua (Campos et al., 2024; Celerino et al., 2023; Vasconcelos et al., 2025). Campos et al. (2024) descreveu que parte significativa das crianças e adolescentes avaliados foi encaminhada ao acolhimento institucional após vivência em situação de rua, associada a negligência familiar e vulnerabilidade social extrema.

Celerino et al. (2023) destacou que dos 81 adolescentes que participaram do estudo, a maioria tinha média de 13 anos, estava em acolhimento por um período de dois a seis meses e teve por principal motivo de entrada na instituição medida protetiva por estar em negligência/abandono/situação de rua.

Vasconcelos et al. (2025) descreveu que a razão para a admissão nos abrigos equivalia a violência sofrida, em que 66.7% dos adolescentes analisados foi por motivo de negligência, abandono ou situação de rua, 20,9% por motivo de mal tratamento, exploração e violência, e outras razões incluíram conflitos familiares, abuso de drogas, ameaça de morte e risco social.

É preciso considerar que, dos estudos analisados, não fica claro se os participantes de fato experienciaram a rua como espaço de moradia, condição ainda mais agravante para a saúde geral e bucal das crianças e adolescentes. A maioria dos estudos abordam crianças institucionalizadas, consideradas em situação de rua como definido no Decreto N^o 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

Ainda sobre o fato de não terem sido encontrados estudos de crianças e adolescentes em situação de rua que não estivessem institucionalizados, torna-se necessário problematizar esse achado, pois pode ser reflexo de múltiplos fatores. Tal ausência pode refletir, em parte, da atuação das políticas de proteção social, que priorizam o encaminhamento dessa população ao acolhimento institucional por meio de medidas protetivas. No entanto, também pode estar relacionada às dificuldades éticas e legais para realização de pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua, especialmente por razão da menoridade, da necessidade de consentimento legal, e da instabilidade do território da rua.

Mas, ainda, essa lacuna evidencia a invisibilidade histórica da população em situação de rua, subnotificada, até mesmo, em sua contagem, como mencionado anteriormente na introdução desta revisão. Ademais, tal cenário pode ser, até mesmo, interpretado como reflexo de um adultocentrismo estrutural na pesquisa

científica, considerando o conceito de adultocentrismo, em que a sociedade em suas diversas dimensões se baseia na figura do adulto, como se a infância não tivesse sua próprias especificidades e individualidades (Calvacante, 2021; Abramowicz; Rodrigues, 2025).

Para pesquisas futuras, recomenda-se o desenvolvimento de investigações que sejam feitas com crianças e adolescentes com vivência direta nas ruas e não somente crianças institucionalizadas em situação de rua. Ademais, torna-se fundamental ampliar abordagens interdisciplinares e intersetoriais, incorporando perspectivas da saúde coletiva, da psicologia, da assistência social e dos direitos humanos, de modo a produzir evidências mais sensíveis às especificidades dessa população historicamente marginalizada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo evidenciou que a produção científica nacional sobre a saúde bucal de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil ainda é limitada e concentra-se, em sua maioria, na descrição de achados clínicos bucais, com destaque para a cárie dentária, que se apresenta de forma precoce e com elevada necessidade de tratamento. Outros agravos, como perda dentária, traumatismo dentário, sangramento gengival e higiene oral insatisfatória, reforçam a presença de condições de saúde bucal desfavoráveis nessa população.

Além disso, as variáveis sociodemográficas e contextuais demonstraram forte influência sobre os desfechos em saúde bucal, destacando-se a vulnerabilidade social, o histórico de violência e a descontinuidade ou ausência do cuidado e do acesso. A ausência de estudos com crianças e adolescentes em situação de rua não institucionalizados, bem como a ausência de detalhamento sobre o motivo de acolhimento institucional em parte das pesquisas analisadas revela lacunas e desafios metodológicos ainda presentes na produção científica sobre o tema.

Diante disso, esta revisão aponta a necessidade de ampliar e qualificar as pesquisas sobre o tema, com estudos que considerem a vivência direta nas ruas e adotem abordagens interdisciplinares, contribuindo para o fortalecimento de políticas públicas e ações voltadas à promoção da saúde bucal e à redução das iniquidades vivenciadas por essa população.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWICZ, Anete; RODRIGUES, Tatiane Consentino. Descolonizando as pesquisas com crianças e três obstáculos. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 35, p. 461-474. jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/7yYpXMyr5jx5P3VwqcXdk4f/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- ATRIPOLI, Camila Roberta Nepomuceno; DE CARVALHO, George Harrison Ferreira. Comparação Epidemiológica em Saúde Bucal-Brasil 2010 e 2023. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. São Paulo, v. 8, n. 19, p. e082343-e082343. ago. 2025. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2343/1855>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- CAMPOS, Mirella Tavares et al. Parenting styles and dental caries in Brazilian children and adolescents in foster care. **European Archives of Paediatric Dentistry**. Recife, v. 25, n. 4, p. 513-521. mai. 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40368-024-00909-3>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- CAVALCANTE, Emanuel Bernardo Tenório. O conceito de adultocentrismo na história: diálogos interdisciplinares. **Fronteiras**. Guararapes, p. 196–215. dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30612/frh.v23i42.15814>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- CELERINO, Pamella Robertha Rosselinne Paixão *et al.* Prevalência do traumatismo dentário entre adolescentes em situação de acolhimento institucional no Recife. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Recife, v. 47, n. 3, p. 61-75. set. 2023. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3909>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- DA SILVEIRA, Adriana César *et al.* Toxic stress, health and nutrition among Brazilian children in shelters. **BMC pediatrics**. Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 112. nov. 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12887-021-02577-4>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- DO MONTE, Juliana Vera *et al.* Avaliação das condições de Saúde Bucal das crianças e adolescentes do Lar Batista FF Soren e a percepção dos cuidadores acerca das orientações de higiene oral. **Research, Society and Development**. Palmas, v. 11, n. 15, p.1-12. nov. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37067>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- DO NASCIMENTO, Lidiane Jacinto *et al.* Tooth loss in foster care adolescents: a comparative study. **European Archives of Paediatric Dentistry**. Recife, p. 1-6. jun. 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40368-025-01079-6>. Acesso em: 21 dez. 2025.
- ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Bastos. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: Práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciencia & Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, 21(6):1839-1848. jun. 2016.
- GURGEL, Fernanda Cardoso *et al.* Condições de higiene oral e percepção de saúde bucal entre adolescentes em situação de acolhimento institucional: um estudo piloto. **Research, Society And Development**. Recife, p. 1-8. ago. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/33799/28648>. Acesso em: 21 dez. 2025.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, p. 1497-1504. jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2025.

PETERS, Micah DJ *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI evidence synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119-2126, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/10000/updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx. Acesso em: 21 dez. 2025.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco Antônio Carvalho; PINHEIRO, Mariana Brito. População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, jun. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/3f203c17-b990-4adb-abae-69ffa85107b6>

VASCONCELOS, Gabriela Brito *et al.* Oral Hygiene Status and Psychological Factors Among Sheltered Adolescents in Recife. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 23, n. 3, p. 603-613, 2025. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/idh.12888>

VIEIRA, Anya Pimentel Gomes Fernandes; KARBAGE, Jamile Pinheiro. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 10-15, 2011. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2045>

BRASIL. Decreto no 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 21 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 21 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 21/12/2025.

BRASIL. Portaria nº 1029, de 20 de maio de 2014: amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultórios na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 mai. 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html. Acesso em 06 jan. 2026.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sb-brasil/dados>. Acesso em: [01 jan. 2026].

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório Brasileiro de Políticas Públicas Com a População Em Situação De Rua da Universidade Federal de Minas Gerais. Levantamento realizado pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas Com a População Em Situação De Rua da Universidade Federal de Minas Gerais (OBPopRua/POLOS-UFGM) a partir de dados disponibilizados pelo Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à fome. **Programa Polos de Cidadania**. Belo Horizonte, MG, abr. 2025. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>. Acesso em: 21/12/2025

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [online]. **Diretoria de Estudos de Políticas Sociais**. vol. 73, pp. 7-13. jun. 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 08/01/2026

DIAS, André Luiz Freitas (Org.) Relatório técnico-científico: Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil. **Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania**. Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação, abr. 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>. Acesso em: 21/12/2025

**APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES BVS,
PERIÓDICO DA CAPES.**

BASE	DATA	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
BVS	11/11/2025	((mh:(criança) OR mh:(adolescente)) OR (ti:(criança OR child* OR adolescente OR adolescent* OR "Adolescência" OR jovens OR jovem OR "Menores de Idade"))) OR (ab:(criança OR child* OR adolescente OR adolescent*)) AND ((mh:("saúde bucal") OR mh:("saúde oral") OR mh:(odontologia) OR mh:("doenças da boca") OR mh:("doenças bucais") OR mh:("patologia bucal") OR mh:("Cárie Dentária") OR mh:("Índice CPO")) OR (ti:("saúde bucal" OR "saúde oral" OR odontologia OR "condição bucal" OR "condição oral" OR "diagnóstico bucal" OR "exame bucal" OR "doenças da boca" OR "patologia bucal" OR "Cárie Dentária" OR "Cárie Dental" OR "Cáries" OR "Cáries Dentais" OR "Cáries Dentárias" OR "Dente Cariado" OR "Lesões Cariosas" OR "Mancha Branca Dentária" OR "Manchas Brancas Dentárias" OR "Índice CPO")) OR (ab:("saúde bucal" OR "saúde oral" OR odontologia OR "condição bucal" OR "condição oral" OR "diagnóstico bucal" OR "exame bucal" OR "doenças da boca" OR "patologia bucal" OR "Cárie Dentária"	26

		<p>OR "Cárie Dental" OR "Cáries" OR "Cáries Dentais" OR "Cáries Dentárias" OR "Dente Cariado" OR "Lesões Cariosas" OR "Mancha Branca Dentária" OR "Manchas Brancas Dentárias" OR "Índice CPO")) AND ((mh:("situação de rua") OR mh:("pessoas em situação de rua") OR mh:("população de rua") OR mh:("sem-teto")) OR(ti:("situação de rua" OR institucionalizada OR institucionalizadas OR abrigos OR "falta de moradia" OR "sem-teto" OR "moradia inadequada" OR "pessoas em situação de rua" OR abandonada OR "população de rua" OR "habitação temporária")) OR (ab:("situação de rua" OR institucionalizada OR institucionalizadas OR abrigos OR "falta de moradia" OR "sem-teto" OR "moradia inadequada" OR "pessoas em situação de rua" OR abandonadas OR "população de rua" OR "habitação temporária"))))</p>	
<p>PERIÓDIC O DA CAPES</p>	<p>11/11/2025</p>	<p>("saúde bucal" OR "saúde oral" OR "cárie dentária" OR "condição bucal" OR "doenças bucais" OR "cpo" OR "dente" title:("abrigo infantil" OR "crianças institucionalizadas" OR "Adolescentes institucionalizados" OR "instituição" OR "abrigo"</p>	<p>158</p>

Fonte: Autoria Própria (2025).

**APÊNDICE B – ESTRATÉGIA DE BUSCA UTILIZADA NA PLATAFORMA
PUBMED**

PUBMED	Combinações utilizadas	Resultados
#1	(Child[Title/Abstract]) OR (Child*[Title/Abstract]) OR (Child[MeSH Terms])	1,323,549
#2	(Adolescent[Title/Abstract]) OR (Adolescent*[Title/Abstract]) OR (Adolescent[MeSH Terms])	1,055,267
#3	(Youth[Title/Abstract]) OR (Youth*[Title/Abstract])	91,425
#4	(Oral Health[Title/abstract]) OR (Mouth Diseases[Title/Abstract]) OR (Diagnosis, Oral[Title/Abstract]) OR (Mouth Diseases[MeSH Terms])	157,055
#5	(Dental Health Surveys[Title/Abstract]) OR (Dental Caries[Title/Abstract]) OR (Carie*[Title/Abstract]) OR (DMF Index[Title/Abstract]) OR (Dental Caries[MeSH Terms])	32,558
#6	(Homeless[Title/Abstract]) OR (Street[Title/Abstract]) OR (Institutionalized[Title/Abstract]) OR (Ill-Housed Persons[Title/Abstract]) OR (Shelter[Title/Abstract])	28,132
#7	#1 OR #2 OR #3	1,894,955
#8	#7 AND #4 AND #6	109
#9	7 AND #5 AND #6	50

Fonte: Autoria Própria (2025).

**APÊNDICE C – REFERÊNCIA, ESTADO E TÍTULO DOS ARTIGOS
SELECIONADOS PARA COMPOR ESTA REVISÃO**

Nº	AUTOR/ANO	Estado	TÍTULO
1	Vasconcelos, G.B. et al. (2025)	Pe	Oral Hygiene Status and Psychological Factors Among Sheltered Adolescents in Recife
2	Campos, M. T. et al. (2024)	Pe	Parenting Styles and dental caries in Brazillian children and adolescents in foster care
3	Da Silveira, A.C. et al. (2021)	Ce	Toxic Stress, Health and nutrition in Brazilian children in shelters
4	Do Nascimento, L. J. et al., (2025)	Pe	Tooth loss in foster care adolescents: a comparative study
5	Vieira, A. P. G. F.; Karbage, J.P. (2011)	Ce	Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças
6	Do Monte, J.V.et al., (2022)	To	Evaluation of Oral Health conditions of children and adolescents at the F.F Soren Baptist Home and Caregiver's perception of oral hygiene guidelines
7	Gurgel, F. C. et al., (2022)	Pe	Oral Hygiene Condition and Perception of Oral Health Among Adolescents in Institutional Care: A Pilot Study
8	Celerino, P.R.R.P. et al., (2023)	Pe	Prevalência do traumatismo dentário entre adolescentes em situação de acolhimento institucional no Recife

Fonte: Aatoria Própria (2025).

APÊNDICE D – DADOS EXTRAÍDOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Autor	Metodologia	Principais Resultados	Conclusões/ Comentários
<p>Vasconcelos, G.B. et al. (2025)</p>	<p>Estudo transversal observacional; Participaram 81 adolescentes entre 10 e 17 anos. A pesquisa avaliou 4 fatores: Índice de Higiene Oral (IHO), questionário sobre hábitos de higiene oral, aplicação do DASS-21, instrumento para avaliar estresse, ansiedade e depressão e análise de informações sociodemográficas como sexo, idade, tempo e motivo de acolhimento, histórico de violência e acesso prévio a cuidados odontológicos e psicológicos.</p>	<p>Não foram encontradas associações significativas entre o IHO (Índice de Higiene Oral) e fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão. Porém, foi observada associação significativa entre o IHO e a causa da admissão no abrigo ($p < 0,05$): os adolescentes acolhidos por questões de violência, abuso ou exploração apresentaram maior prevalência de IHO (88,2%), comparador por acolhidos por outros motivos (62,5%). Quanto aos hábitos de higiene oral, quase todos tinham escova (98,8%) e creme dental (96,3%); Em geral, o comportamento de higiene oral não se associou ao gênero, nem aos fatores psicológicos avaliados. Outras associações (não orais, mas importantes): Ansiedade se relacionou à região de origem ($p < 0,05$), sendo maior para aqueles oriundos da região metropolitana de Recife. Estresse se relacionou a tempo de permanência no abrigo ($p < 0,05$). (85%) dos adolescentes da pesquisa possuíam depressão. (95%) Eram acometidos pela ansiedade e estresse.</p>	<p>Os achados do estudo possuem algumas implicações importantes, como o predomínio de condições de higiene oral classificadas como regulares ou deficientes, mesmo em um ambiente onde quase todos os adolescentes possuíam acesso aos materiais de higiene oral. O achado mais significativo para essa revisão diz respeito a associação entre a pior higiene oral e acolhimento motivado por violência, abuso ou exploração, pois reforça a ideia que a violência sofrida por essa população impacta diretamente sua saúde oral. Finalmente, embora não seja o foco dessa revisão, é impossível não mencionar um dos pontos que mais chama atenção no estudo, que é a da altíssima prevalência de sofrimento psicológico: mais de 85% possuem depressão e mais de 95% sofrem pela ansiedade e estresse.</p>

<p>Campos, M. T. et al. (2024)</p>	<p>Estudo transversal observacional; Faz parte do Projeto Acolher em Pernambuco. Foi realizado em 9 instituições de acolhimento (estaduais, municipais e filantrópicas), com população de 88 crianças e adolescentes entre 8 a 17 anos. Foi feito em três etapas: exame intraoral realizado por três odontopediatras calibrados para colher os índices em dentes decíduos (Deft) e permanentes (DMFT); Aplicação do questionário parental, onde os adolescentes respondiam perguntas relacionados ao período anterior à institucionalização, considerando uma figura parental mais próxima; Por fim, a coleta de dados sociodemográficos extraídos dos Planos Individuais de Atendimento, incluindo sexo, idade, tempo de acolhimento, raça/cor e tipo de violência e perpetuador.</p>	<p>Dos 88 participantes, 54,4% eram meninos e com maior concentração na faixa etária de 10-13 anos (45,5%). A maioria se declarava parda/multirracial (52,1%). Os dentes cariados foram os componentes mais importantes de ambas as dentições, sendo a prevalência de cárie em decíduos = 70% e em permanentes = 54,5%. O estilo parental mais percebido foi também o principal motivo da admissão das crianças no abrigo, o negligente (38,6%), seguido do autoritário (31,8%). A mãe foi a figura parental mais lembrada (67%). Não houve associação significativa entre estilo parental e índice de cárie.</p>	<p>A partir desses resultados, pode-se inferir que a prevalência de cárie elevada, sobretudo em dentes decíduos, mostra que o cenário de vulnerabilidade social se reflete diretamente na saúde oral dessa população. Além disso, a predominância do estilo parental negligente reforça a hipótese de que a falta de cuidados e supervisão por parte dos responsáveis contribuiu para o adoecimento bucal, embora não haja associação significativa entre os estilos parentais comparados entre si e o índice de cárie. É importante salientar algumas tendências apontadas no estudo: filhos de pais indulgentes apresentaram os piores resultados, enquanto aqueles expostos a estilos autoritários tiveram menor índice.</p>
<p>Da Silveira, A.C. et al. (2021)</p>	<p>Estudo transversal, analítico e quantitativo. Foi feito com 63 crianças de até 5 anos de abrigos da cidade de Fortaleza, Ceará. O foco principal do estudo é analisar questões como estresse, nutrição e saúde no geral, mas que também inclui saúde oral. Além de</p>	<p>A principal causa que as crianças foram admitidas no abrigo: Negligência e Abandono. Da saúde oral, a análise da Prevalência de cárie= 9,43%; índice dmft: 0,28. 3 crianças recusaram o exame, 7 não tinham dentes (idade entre 1 e 11 meses). Embora a prevalência de cárie seja baixa, o estudo</p>	<p>. Apesar desse estudo trazer informações sobre a saúde bucal, mas estas não serem o ponto focal do estudo, Da Silveira e colaboradores levantam informações valiosas de análise ampla da condição de saúde</p>

	dados socioeconômicos, estado nutricional, entre outros, foi feita avaliação de saúde bucal através do cálculo do índice Dmft (decíduos).	aponta que alimentação era inadequada para 61,3% das crianças, que o uso de corticoides era frequente e o histórico de negligência era comum.	da população estudada. De fato, é preciso lembrar que hoje a doença da cárie é vista de um ponto multifatorial e que diversos fatores, sociais e nutricionais, são determinantes importantes para considerar a prevalência de cárie. Além disso é um estudo que levanta pontos importantes que reforçam a vulnerabilidade da população estudada.
Do Nascimento, L. J. et al., (2025)	Estudo comparativo, transversal observacional, realizado com adolescentes entre 15 e 18 anos, divididos em dois grupos: CG (grupo acolhido institucionalmente): 31 adolescentes; e grupo FG (com suas famílias): 93 adolescentes. Foi realizado em 13 instituições de acolhimento e em escolas públicas de Recife entre maio e setembro de 2022.. Foi avaliada perda dentária usando índice DMFT, registro descritivo de dentes ausentes e no caso do grupo CG, dados documentais como idade, sexo, motivo de acolhimento e tempo institucionalizado. No caso do grupo FG, questionário socioeconômico.	Houve um predomínio masculino de 51,6%, raça mais prevalente multirracial e idade mais frequente 15 e 17 anos. Dos adolescentes institucionalizados, grupo CG, 48,4% estava há mais de 6 meses em acolhimento e os principais motivos para acolhimento foram: negligência: 29%; situação de rua: 16,1%. Além disso, também foram constatados outros motivos como abandono, violência física e ameaça de morte. A perda dentária é o foco principal do estudo e apresentou diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$). Do grupo CG, 22,6% tinha pelo menos uma perda dentária comparada a 7,5% do grupo FG.	De acordo com o estudo, a prevalência de perda dentária no grupo institucionalizado foi quase 3 vezes maior. Nesse contexto, o artigo traz, ainda, dados psicossociais, como o motivo do acolhimento ser por negligência, situação de rua e violência física, demonstrando que crianças e adolescentes sem suporte estrutural apresentam condições bucais adversas.
Vieira, A. P. G. F.; Karbage, J.P. (2011)	Trata-se de um estudo transversal observacional analítico, que teve 133	As idades médias variaram de, 4,6 a 5,6 anos, semelhantes entre os grupos. O índice ceo-d	A partir desse estudo, fica evidente que o atendimento odontológico exerce

	<p>participantes de ambos os sexos, mesmo nível socioeconômico e idade de 3 a 6 anos, distribuídas em quatro grupos. Dois grupos eram compostos de crianças institucionalizadas, um deles dispendo de tratamento odontológico regular (GI) e o outro não (GII); os outros dois grupos eram formados por crianças não institucionalizadas frequentando creches-escola, um apresentando tratamento odontológico (GIII) e o outro não (GIV).</p>	<p>foi maior em ambos os grupos sem atendimento odontológico, sendo: GII (abrigo sem atendimento)= 4,52 e GIV (escolares sem atendimento) = 3,97. Os menores valores ceo-d ocorreram nos grupos com atendimento, sendo: GI (abrigo com atendimento)= 2,64 e GIII (escolares com atendimento)= 1,88. Comparações entre Abrigo x Escola teve diferença significativa ($p < 0,001$): Abrigos (GI+GII): ceo-d = 3,63 Escolas (GIII+GIV)= ceo-d 2,92 Comparações Com atendimento vs Sem atendimento teve diferença altamente significativa ($p < 0,001$): Com tratamento(GI+GIII): ceo-d =2,25 Sem tratamento (GII+GIV): ceo-d= 4,25 Comparações específicas entre instituições: GI vs GII: GI muito melhor ($p = 0,012$) GIII vs GIV: GIII muito melhor ($p = 0,012$)</p>	<p>um impacto significativo na saúde bucal das crianças, já que tanto as crianças em escolas quando as crianças em abrigos que receberam acompanhamento odontológico apresentaram índices de cárie muito menores. de fato, o ceo-d praticamente dobra quando não há tratamento odontológico. Esse estudo traz um dado importante para essa revisão: não é somente o contexto social, mas também o acesso odontológico que determina melhores resultados. O estudo demonstrou que os serviços odontológicos prestaram assistência preventiva aos grupos assistidos.</p>
<p>Do Monte, J.V.et al., (2022)</p>	<p>É um estudo observacional, descritivo e quantitativo que analisa dois fatores: o conhecimento dos cuidadores e a avaliação bucal de crianças entre 6 e 12 anos do lar Lar Batista Francisco Fulgêncio Soren (Lar Batista F. F. Soren)</p>	<p>Dos resultados referentes a avaliação bucal das crianças do lar: Crianças com cárie em decíduos: 100% Cárie em permanentes: 50% Cárie com dentes restaurados: 25% Crianças com dentes perdidos:50% Fluorose: 50% Traumatismo: 25% Má-oclusão, que foi a de maior prevalência: 75% Já dos resultados referente ao questionário</p>	<p>A análise das condições bucais das crianças revela um quadro de significativa vulnerabilidade em saúde bucal. A prevalência de cárie em dentes decíduos, que atingiu 100% das crianças, demonstra ausência de prevenção eficaz e falta de acompanhamento odontológico regular. Além disso, apenas</p>

		<p>feito para os cuidadores desse abrigo, a maioria possui conhecimento limitado sobre cuidados odontológicos infantis e parte dos cuidadores relata frequência insuficiente de escovação e pouca supervisão. Além disso, expuseram que há consumo frequente de alimentos açucarados, sucos industrializados e guloseimas. Além disso, outro dado importante é que muitos relataram que as crianças raramente vão ao dentista e que grande parte do atendimento ocorre apenas quando há dor.</p>	<p>uma pequena parcela possui dentes restaurados, reforçando a dificuldade de acesso ao tratamento curativo. Ademais, o relato dos cuidadores ajuda a estabelecer um contexto para o qual essas crianças estão inseridas, o que reitera a ideia de que antes do abrigo e, até, durante, essa população pode está inserida em um ambiente de péssimo prognóstico para sua saúde oral.</p>
<p>Gurgel, F. C. et al., (2022)</p>	<p>Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, que faz parte de um projeto maior, intitulado "Situação de saúde de crianças adolescentes acolhidos em abrigos institucionais da cidade do Recife -Projeto Acolher". Foi realizado questionário com 40 adolescentes acerca da percepção de saúde bucal deles, que incluía:</p>	<p>Quando questionados acerca da frequência de escovação, 62,5% relatou escovar duas vezes ao dia; 17,5% quatro vezes ao dia ou mais e nenhum adolescente deixou de escovar nos últimos 30 dias. Acerca do sangramento gengival, as respostas foram: 57,5% nunca, 30% às vezes e 12,5% sempre. Já sobre autoestima, 45% relatou nunca ter vergonha ao sorrir; 27,5% às vezes e 27,5% sempre. Questionados sobre visitas ao dentista nos últimos 12 meses, 35% não foi; 45% foi uma vez e 20% foram 2 ou mais vezes; Por fim, quanto a autopercepção de higiene oral, 72,5% respondeu que se sente bem, 15% não se sente bem e 12,5% se sente muito bem.</p>	<p>Nesse estudo, embora a maioria relate escovar duas vezes ao dia e 'sentir-se bem', quase metade apresenta sangramento gengival e mais de um terço não foi ao dentista no último ano. Algo muito importante desse estudo é a presença dos autores quando falam que ele faz parte de algo maior, um projeto que parece estar em andamento em Recife desde 2019 em instituições de acolhimento. De fato, a maior parte dos artigos desta revisão vieram desse estado.</p>

<p>Celerino, P.R.R.P. et al., (2023)</p>	<p>Estudo observacional transversal. Participaram 81 adolescentes entre 10 e 17 anos, e foi realizado um exame clínico para identificar traumatismo dentário nessa população. Também foi registrado histórico do trauma, local, causa e dentes específicos afetados. Além disso foi realizada aplicação de questionário obtendo conhecimento sobre idade, sexo, origem, motivo de entrada, tempo de acolhimento, violência sofrida e acesso a atendimento odontológico e psicológico nos últimos 12 meses.</p>	<p>O perfil dos adolescentes desse estudo foi predominantemente do sexo masculino (69,1%). O tempo mais comum de acolhimento foi de 2 a 6 meses (38,3%) e o motivo mais comum de acolhimento foi negligência/ abandono/ situação de rua (70,4%). 81,5% não tiveram atendimento odontológico no último ano e 50,6% não tiveram atendimento psicológico. A prevalência de traumatismo dentário foi de 18,5% nos dentes decíduos e 22,2% nos permanentes. Quanto às circunstâncias do trauma, a maioria não lembrava, mas dos que lembraram, o principal local foi na rua ou em casa. O principal motivo foi queda/colisões. Dos 32 que tiveram traumatismo dentário, apenas 4 receberam tratamento odontológico.</p>	<p>Esse estudo apresentou um número elevado de adolescentes acolhidos por motivo de situação de rua. O resultado do estudo que mais chama atenção, é que pouquíssimos desses jovens tiveram acesso ao tratamento odontológico após o trauma, e mesmo durante a situação de acolhimento. Essas implicações fortalecem o argumento de que a vulnerabilidade social, a desestrutura ou ausência da família e a falta de acesso a serviços básicos não apenas aumenta as condições bucais encontradas na população avaliada, mas mostram o contexto de invisibilidade o qual eles estão inseridos.</p>
--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2025).