



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

GABRIELA BARRETO

**PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS
COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA**

Feira de Santana - BA

2023

GABRIELA BARRETO

**PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS
COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos.

Orientador: Prof. Dr^a Cláudia Cerqueira Graça Carneiro.

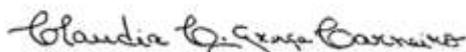
Feira de Santana - BA

2023

BARRETO, G. **Perfil da saúde bucal de idosos quilombolas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista – Bahia.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (Bahia), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA



Claudia Cerqueira Graça Carneiro – Orientadora
Doutora pela Universidade Federal da Bahia
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana



Danielle Souto de Medeiros - Titular
Doutora pela Universidade Federal de Minas Gerais
Professora da Universidade Federal da Bahia



Laerte Oliveira Barreto Neto – Titular
Doutor pela Universidade Estadual de Feira de Santana
Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

B262p Barreto, Gabriela

Perfil da Saúde bucal de idosos quilombolas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista – Bahia / Gabriela Barreto. -, 2023.

152p.: il.

Orientador: Cláudia Cerqueira Graça Carneiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Idosos quilombolas - Saúde bucal. 2. Idosos quilombolas - Barrocas - Vitória da Conquista (BA) 3. Idosos quilombolas - São

Tatiane Souza Santos - Bibliotecária CRB5/1634

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa importante da minha formação foi cumprida e, neste momento, sou só gratidão. Obrigada, Deus, por estar sempre comigo me dando força e sabedoria para não desistir.

Agradeço a meus pais, José e Aurelina, por todas as orações e por compreenderem minha ausência durante os estudos. Esta vitória é de vocês!

Aos meus familiares, em especial, aos meus irmãos, agradeço por cada palavra de incentivo e confiança depositadas em mim.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Cláudia Graça, obrigada por tanta paciência e disponibilidade para que este trabalho fosse concluído. Costumo dizer sempre que eu não poderia ter escolhido uma orientadora melhor. Nosso vínculo e amizade não terminam aqui. Levarei seus ensinamentos pelo resto da vida!

Ao meu coorientador, Professor Adriano Maia, obrigada pelas contribuições sempre tão bem proferidas. Você é um grande exemplo de mestre!

A todos os meus amigos, em especial, a Juliana, obrigada por ter me orientado desde o pré-projeto e a Ana Ritha, por todo o auxílio nesta trajetória. Vocês também são responsáveis por este trabalho e sem este apoio incondicional, certamente, eu não teria conseguido chegar até aqui. Agradeço também a Cecília e Tássia por compartilharem seus conhecimentos de Língua Portuguesa para que este trabalho fosse concluído.

Agradeço a toda a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, à Diretoria da Atenção Básica e ao Pólo de Educação Permanente, pela liberação das minhas atividades laborais para que este sonho se concretizasse. Cada assinatura de vocês foi de suma importância para a concretização deste sonho.

Agradeço a professora Danielle Medeiros por sua disponibilidade em me auxiliar sempre, enriquecendo este trabalho com suas considerações.

Agradeço à colega Camila Melo por sua paciência em me ajudar em uma das fases que mais precisei.

Meu agradecimento especial à professora Magali Teresópolis por todo o auxílio dedicado a mim.

A toda a Equipe de Saúde da Família do Capinal, obrigada por entenderem a importância deste curso e por toda a ajuda durante este período. Em especial, agradeço às agentes comunitárias de saúde das localidades quilombolas onde realizei minha pesquisa, Josefa, Beatriz e Juscélia. Vocês foram essenciais na execução deste trabalho. Agradeço também a Mayara, auxiliar de

saúde bucal e amiga, obrigada por toda a força e por caminhar comigo, literalmente, durante estes dois anos. Estamos juntas sempre!

Por fim, agradeço a todos os mestres da Universidade Estadual de Feira de Santana, com quem tive o prazer de conviver e aprender durante esse período.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPO – D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MPSC – Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
OIDP – *Oral Impacts on Daily Performances*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OHIP-14 – *Oral Health Impact Profile – short form*
PMVC – Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPR – Prótese Parcial Removível
PTR – Prótese Total Removível
RP – Razão de Prevalência
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis socioeconômicas/ categorias

Quadro 2: Variáveis de hábitos de vida/categorias

Quadro 3: Variáveis de avaliação da saúde geral/ categorias

Quadro 4: Variáveis de hábitos de saúde bucal/ categorias

Quadro 5: Variáveis de morbidade bucal referida/ categorias

Quadro 6: Variáveis de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal/ categorias

Quadro 7: Variáveis de autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento/ categorias

Quadro 8: Variáveis de impacto da saúde bucal nas atividades diárias/ categorias

Quadro 9: Variáveis dos indicadores de saúde bucal/ categorias

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de número e percentual da população quilombola estudada de acordo com características sociodemográficas e econômicas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 2 – Distribuição de número e percentual de hábitos de vida e condições de saúde geral de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 3 – Distribuição de número e percentual de hábitos de saúde bucal e morbidade bucal referida de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 4 – Distribuição de número e percentual de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 5 – Distribuição de número e percentual do uso e necessidade de próteses dentárias, da autoavaliação da saúde bucal, e da média do índice de CPO-D da população de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 6 – Distribuição de número e percentual de impacto da condição bucal na vida diária de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Tabela 7: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis socioeconômico-demográficas e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

Tabela 8: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de hábitos de vida, de higiene bucal, autoavaliação da saúde geral e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

Tabela 9: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de autoavaliação de saúde bucal, acesso, utilização dos serviços de saúde bucal e morbidade bucal referida e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

Tabela 10: Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de impacto na vida diária e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual do uso de próteses dentárias de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

RESUMO

O envelhecimento da população é um assunto que tem se destacado a partir das mudanças observadas no mundo contemporâneo, trazendo novos hábitos, crenças e termos que caracterizam este período importante da vida. Pouco se sabe sobre a relação entre a população idosa quilombola e o uso dos serviços de saúde bucal, suas condições de acesso e os problemas bucais enfrentados por essas comunidades. O objetivo deste trabalho foi estudar as condições de saúde bucal, relacionando-as com as perdas dentárias nessa população, bem como identificar a prevalência de cárie dentária e do uso e necessidade de próteses dentárias apresentadas pela população de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, em Vitória da Conquista-BA, descrevendo os aspectos sociodemográficos, econômicos, condições de saúde geral, hábitos de vida, hábitos de higiene bucal, morbidade bucal referida e o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal da população do estudo, além da autopercepção de saúde bucal e seu impacto na vida diária desses idosos. Foi realizado um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais, residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, por meio de entrevistas e exame clínico. Os resultados encontrados foram de uma população composta em sua maioria por mulheres, com idade entre 60 e 70 anos, preto(as) e pardos(as), de baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, alta prevalência de perda dentária, baixa procura e/ou acesso ao atendimento odontológico, autoavaliação de saúde bucal boa e/ou muito boa e baixo impacto negativo nas atividades diárias. Os fatores de risco associados à perda de 13 ou mais unidades dentárias apresentaram significância estatística com as variáveis: faixa etária, hábito de ingerir bebida alcoólica, ausência de escovação diária, ausência de uso do creme dental, ausência de atendimento odontológico no último ano, e, dificuldade para praticar esportes e para dormir como impactos negativos das condições de vida diária. Considerando a relevância da temática, os resultados apontam para a necessidade de uma maior atenção com a saúde bucal de idosos quilombolas, a fim de buscar estratégias para nortear o planejamento de ações de promoção, assistência e reabilitação, auxiliando na melhoria da condição de saúde da população investigada.

Palavras-chave: Idosos. Quilombolas. Saúde bucal.

ABSTRACT

The aging of the population is a subject that has stood out from the changes observed in the contemporary world, which bring new habits, beliefs and terms that characterize this important period of life. There is a little understanding about the relationship of the elderly quilombola population with the use of oral health services, their access conditions and the oral problems faced by these communities. The aim of this study was to study oral health conditions, relating them to tooth loss in this population as well as to identify the prevalence of tooth decay and the use and need for dental prostheses presented by the quilombola elderly population living in the communities of Barrocas and São Joaquim de Paulo, in Vitória da Conquista- BA, describing the socioemographic and economic aspects, general health conditions, lifestyle habits, oral hygiene habits, reported oral morbidity and access to and use of oral health services of the study population, in addition to self perception of oral health and its impact on the daily lives of these elderly people. A cross-sectional, descriptive, population-based study was carried out, which evaluated the oral health situation of 140 elderly people aged 60 years or older, living in two quilombola locations served by the Family Health Unity of Capinal, through interviews and clinical examination. The results found were from a population composed mostly of women, aged between 60 and 70 years, black and brown skin, low-income, low level of education, with an average, 26,84 teeth affected by caries, high prevalence of tooth loss, low demand and/or access to dental care, self-assessed good and/or very good oral health, and low negative impact on daily activities. The risk factors associated with the loss of 13 or more dental units were statistically significant with the variables: age group, habit of drinking alcohol, lack of daily brushing, lack of the use of toothpaste, lack of dental care in the last year, and, difficulty practicing sports and sleeping as negative impacts of daily living conditions. Considering the relevance of the theme, the results point to the need for greater attention to the oral health of elderly quilombola people, in order to seek strategies to guide the planning of promotion, assistance and rehabilitation actions, helping to improve the health condition of the community. investigated population.

Key words: Elderly. Quilombola communities. Oral health.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Geral	16
3.2	Específicos	16
4	REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1	O envelhecimento	16
4.1.1	A saúde bucal da pessoa idosa	18
4.1.1.1	Edentulismo	19
4.1.1.2	Uso e necessidade de prótese	20
4.1.1.3	Cárie dentária	21
4.1.1.4	Capacidade mastigatória	22
4.2	Bucalidade e autopercepção de saúde bucal em idosos	22
4.3	Organização do Sistema Único de Saúde	24
4.3.1	Saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde	25
4.4	Populações quilombolas	27
5	METODOLOGIA	30
5.1	Tipo de estudo	31
5.2	Área e população de estudo	31
5.3	Crítérios de inclusão e exclusão	32
5.4	Instrumento e coleta de dados	32
5.4.1	Variáveis de estudo e Indicadores (critérios definidos conforme ANEXO C)	33
5.4.2	Indicadores socioeconômicos (critérios definidos conforme ANEXO C):	34
5.5	Análise estatística	36
5.6	Aspectos éticos	36
6	RESULTADOS	37
7	DISCUSSÃO	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	71
	ANEXOS	120

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado teve como objetivo analisar o perfil de saúde bucal de idosos de duas comunidades rurais quilombolas de Vitória da Conquista – BA, avaliando as associações entre as condições socioeconômico-demográficas, hábitos de vida, condições de saúde geral, hábitos de saúde bucal, morbidade bucal referida, acesso, utilização dos serviços de saúde bucal, autopercepção e impacto na vida diária e a perda dentária.

Na pesquisa, foi realizado um estudo de corte transversal desenvolvido nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, pertencentes ao território atendido pela USF Capinal, e a estrutura do trabalho foi elaborada da seguinte forma: uma introdução, que buscou caracterizar a problemática e a relevância do estudo, uma revisão de literatura, que retratou os problemas de saúde bucal enfrentados pela população estudada, bem como, os referenciais teóricos que serviram para referenciar o estado da arte da temática, seguida do percurso para a produção dos dados, cuja análise é apresentada e discutida nas seções subsequentes. Para além da elaboração do trabalho final do mestrado, foram produzidos dois produtos: um primeiro artigo científico descritivo, para fins de submissão à publicação e um relatório técnico a ser encaminhado à Gestão do município; ambos serão explicitados a seguir.

O artigo, de caráter descritivo, intitulado: “Situação de saúde bucal de idosos quilombolas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista – BA”, aborda a magnitude dos problemas de saúde bucal enfrentados por esses idosos, expressos por meio da alta prevalência de perdas dentárias, bem como seus aspectos socioeconômicos, hábitos de vida e de saúde bucal, morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal, uso e necessidade de próteses, autoavaliação de saúde bucal e impacto da condição de saúde bucal na vida diária.

Com o intuito de auxiliar o município de Vitória da Conquista a qualificar sua assistência em saúde bucal para o público idoso, foi elaborado um relatório técnico destinado à Secretaria de Saúde do município e à Coordenação de Saúde Bucal, a fim de apresentar os principais dados encontrados nesta pesquisa, bem como reafirmar a importância da utilização da Epidemiologia no planejamento, na avaliação e no monitoramento das ações de saúde a partir de dados estatísticos que comprovem as reais necessidades da população. Seu principal objetivo é contribuir para a criação de novas estratégias de atenção à saúde bucal para o público idoso quilombola, junto à Gestão municipal.

Cabe ressaltar, que há o compromisso de apresentação dos resultados oriundos desse trabalho como devolutiva à população que participou dessa pesquisa, com data agendada após

a sessão de defesa desta dissertação (vide CARD convite, APÊNDICE F), assim como, o compromisso de elaboração do segundo artigo teórico, para publicização dos fatores associados à perda dentária em idosos quilombolas residentes em Vitória da Conquista – BA.

2 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um assunto que tem se destacado a partir das mudanças observadas no mundo contemporâneo, trazendo novos hábitos, crenças e termos que caracterizam este período importante da vida. As representações tradicionais que associavam os momentos mais tardios da vida ao descanso e à inatividade, dão lugar a práticas ligadas à atividade, aprendizagem, cuidados com a saúde, satisfação pessoal e vínculos interpessoais (Silva, 2008).

Nesse cenário, cabe ressaltar os cuidados com a saúde geral e com a saúde bucal como indispensáveis para que a população envelheça com qualidade de vida, e, para isso, é necessário que o Sistema Único de Saúde esteja preparado para acolhimento, cuidado e acompanhamento das pessoas com 60 anos e mais. Entretanto, o que se sabe é que o acesso ao serviço de saúde ainda se constitui numa barreira para a população, que sofre com a escassez de recursos (Tinós; Peres; Rodrigues, 2013).

Sob a ótica da saúde bucal, segundo dados do estudo populacional Saúde Bucal Brasil (SB Brasil, 2010), a população idosa apresentou condições bucais precárias principalmente relacionadas ao edentulismo, que aparece como maior prevalência nesta faixa etária, e segundo Martins *et al.*, (2020), essa condição está diretamente influenciada pelos determinantes sócio-econômico-culturais próprios do contexto da vida dos idosos, que tem contribuído para o aprofundamento das desigualdades em saúde.

Somada a essa equação, pouco se sabe sobre a relação da população quilombola, em especial a população idosa quilombola, com o uso dos serviços de saúde/saúde bucal e quais são as suas condições de acesso e os problemas bucais enfrentados por essas comunidades (Gomes *et al.*, 2013). O que se sabe é que, historicamente, a população quilombola tem enfrentado problemas que dificultam as ações de saúde, o acesso, e o cuidado, e que, quando se pretende articular ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde/saúde bucal, além do reconhecimento dos problemas existentes, deve-se levar em consideração suas características culturais, que determinam a maneira como essa população compreende sua condição de vida e/ou saúde (Tinós; Peres; Rodrigues, 2013).

A autopercepção da saúde/saúde bucal é tida como um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas. Portanto, os valores, os sentidos e os significados contidos na sociedade são refletidos sob a forma de autopercepção do sujeito coletivo e que não devem ser desconsiderados quando se pensa em promover saúde (Graça, 2009).

Diante dos desafios vividos em um território onde habitam populações quilombolas, surgiram algumas inquietações: qual a condição de saúde bucal dos idosos quilombolas atendidos pela USF Capinal? Quais cuidados esses idosos realizam acerca da saúde bucal? Como se caracteriza o acesso dessa população ao serviço odontológico? Qual o impacto da saúde bucal na vida diária desses idosos?

O cenário desenhado para este estudo são as comunidades quilombolas São Joaquim de Paulo e Barrocas, localizadas no município de Vitória da Conquista, no sudoeste do estado da Bahia, que são reconhecidos pela fundação cultural Palmares por meio das portarias 61/2014 (Brasil, 2014) e 15/2006 (Brasil, 2015), respectivamente, conforme decreto 4887/2003 (Brasil, 2003).

As famílias são assistidas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e por uma equipe de saúde bucal (ESB) modalidade I, composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, na Unidade de Saúde da Família do Capinal.

A literatura aponta como necessária a realização de estudos epidemiológicos a fim de subsidiar o planejamento e execução das ações do SUS, através de pesquisas que permitam o conhecimento das condições de saúde das populações (Silva *et al.*, 2011), e para auxiliar na tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde quanto às demandas e necessidades da comunidade, buscando planejar ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Assim, o objetivo deste trabalho foi estudar as condições de saúde bucal, bem como os aspectos socioeconômicos e demográficos, condições de saúde geral, hábitos de vida, morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal, uso e necessidade de próteses, autoavaliação de saúde bucal e impacto da condição de saúde bucal na vida diária de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, em Vitória da Conquista – BA, relacionando-os com as perdas dentárias ocorridas nesta população.

Desta forma, este trabalho encontra-se inserido na linha de pesquisa Saúde de Grupos Populacionais Específicos e sua execução se justifica pela escassez de estudos realizados sobre a vulnerabilidade da população quilombola na região Sudoeste da Bahia.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar as condições de saúde bucal de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vit. Conquista – BA, relacionando-as com as perdas dentárias nessa população.

3.2 Específicos

- Identificar a prevalência de cárie dentária e do uso e necessidade de próteses dentárias apresentadas pela população de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vit. Conquista – BA;
- Descrever os aspectos sociodemográficos, econômicos, condições de saúde geral, hábitos de vida, hábitos de higiene bucal, morbidade bucal referida e o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal da população do estudo;
- Descrever a autopercepção de saúde bucal e seu impacto na vida diária de idosos quilombolas residentes em duas zonas rurais de Vitória da Conquista – BA, atendidas pela USF Capinal;
- Identificar os fatores associados à perda dentária da população de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vit. Conquista – BA.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O envelhecimento

O envelhecimento da população representa uma das mais fortes tendências do século XXI e desencadeia relevantes consequências para todas as esferas da sociedade, apresentando desafios sociais, econômicos e culturais para os indivíduos, famílias e toda a comunidade. Com o número de idosos aumentando mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária, surgem questionamentos sobre a capacidade das sociedades de enfrentar os desafios acerca desta ascensão demográfica (ONU, 2012).

A diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, bem como o aumento da longevidade, levaram ao envelhecimento da população, elevando também a expectativa de vida ao nascer nos países de renda alta e média. A expectativa de vida em 2010-2015 era de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos países em desenvolvimento. Acredita-se que em 2045-2050 a idade aumente para 83 anos nos países desenvolvidos e 74 nos países em desenvolvimento (ONU, 2012).

No Brasil, esse processo tem ocorrido de maneira acelerada (Pereira *et al.*, 2015). A expectativa de vida ao nascer e a quantidade de idosos é crescente, enquanto as taxas de fecundidade estão reduzindo de forma regular. O país se aproxima de forma acelerada do perfil observado nos países desenvolvidos. No entanto, esses acontecimentos não se dão de forma igual entre as cinco regiões e entre os diferentes grupos sociais, impondo que o reordenamento da atenção à saúde seja capaz de suprir essas desigualdades em um território tão extenso quanto o brasileiro (Ouverney; Noronha, 2013).

Em 2014, os idosos no Brasil eram 20,6 milhões, correspondendo a 10,8% da população, e, em 2021, os idosos já alcançavam o número 37,7 milhões no Brasil, aumentando o percentual para aproximadamente 18% da população. Estima-se que em 2060 este número cresça para 58,4 milhões, ou seja, 26,7% do total da população brasileira (Brasil, 2018).

Tais mudanças do perfil populacional trazem consigo a necessidade de reavaliação das propostas de organização da assistência prestada aos usuários (Ouverney; Noronha, 2013), buscando qualificar o cuidado em saúde nos múltiplos campos da prática voltados à população idosa (Unfer *et al.*, 2006).

O conceito mais atual de envelhecimento o define como um processo complexo, influenciado por vários fatores, tais como: gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros (Schneider; Irigaray, 2008). A variabilidade genética e ambiental de cada indivíduo dificulta a determinação de critérios, e por este motivo, a utilização somente do tempo como idade cronológica é uma medida que oculta uma grande quantidade de variáveis. A idade por si só não indica envelhecimento, ela é apenas uma das referências presentes na dinâmica do desenvolvimento e é mencionada como referência na sucessão do tempo (Schneider; Irigaray, 2008).

As mudanças no mundo do trabalho, as novas composições familiares e as transformações científicas e tecnológicas também se refletem na vida dos idosos. As relações entre gerações, a seguridade social e as redes de apoio necessitam ser socialmente discutidas, já que esses aspectos desafiam o dia a dia dos indivíduos e dos profissionais, assim como as

agendas das políticas públicas, enfatizando a necessidade de estimular estudos e pesquisas acerca do tema (Pedro, 2013).

É necessário ressaltar a importância da análise das conquistas, demandas e prioridades resultantes do processo sócio-histórico, no que tange o processo de envelhecimento populacional. Os estudos devem respeitar os contrastes e as singularidades, bem como as particularidades de cada região, as diferenças de gênero, raça, etnia, classe social, vida urbana e rural, que indicam os fatores determinantes da saúde e do envelhecimento (Pedro, 2013).

Diante disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos com 60 anos ou mais de idade, propondo medidas de saúde individuais e coletivas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política foi implementada a partir da percepção de que o processo de envelhecimento da população brasileira vem acontecendo de maneira rápida, visando promover o envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, estimulando ações intersetoriais no contexto da integralidade, provendo recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção, estimulando a participação e fortalecendo o controle social, apoiando o desenvolvimento de estudos e pesquisas nesta área, entre outros.

Partindo do pressuposto de que os programas de assistência odontológica ao idoso são escassos ou raros, é preciso que a Política Nacional de Saúde Bucal volte seu olhar para essa parcela da população, tanto nas ações preventivas quanto nas práticas curativas e reabilitadoras, apresentando um olhar sensível sobre o que é ser idoso e sobre o processo de envelhecer (Kreve; Anzolin, 2016).

O desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das particularidades do envelhecimento impede que as condutas se atentem às necessidades de cuidado para este público (Brasil, 2018).

4.1.1 A saúde bucal da pessoa idosa

Quando o assunto é o cuidado à pessoa idosa, deve-se estar atento para que esse cuidado seja prestado por uma equipe multidisciplinar, considerando que esse público possui histórico de algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ou limitações orgânicas, geralmente relacionadas ao processo de envelhecimento (Domingos; Moratelli; Oliveira, 2011).

O cuidado com a saúde bucal na terceira idade não é diferente, uma vez que é essencial para um envelhecimento saudável e garantia de uma boa qualidade de vida, e sua importância necessita ser devidamente reconhecida pela sociedade (Simões; Carvalho, 2011). Nesse

contexto, cabe destacar que grande parcela da população apresenta elevados níveis de perda dentária (edentulismo), cárie e doença periodontal, e que os serviços de odontologia, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, necessitam priorizar a atenção a este grupo populacional (Moreira *et al.*, 2005).

No que se refere às políticas públicas de saúde bucal do idoso, necessita-se conhecer suas carências clínicas baseadas em estudos epidemiológicos, bem como entender as particularidades dos sujeitos relacionadas à autopercepção de sua saúde bucal e seus impactos nas atividades diárias, que estão diretamente ligados à adesão ao tratamento proposto e ao estímulo ao autocuidado (Agostinho; Campos; Silveira, 2015).

As principais injúrias relacionadas à saúde bucal que acometem os idosos são as perdas dentárias, cárie, doença periodontal, xerostomia e lesões dos tecidos moles. Esses agravos levam à diminuição de capacidades funcionais relevantes, algumas vezes não notadas, por isso o envelhecimento demanda novas organizações na saúde, de forma a buscar a promoção do cuidado longitudinal por meio de um debate interdisciplinar dos agentes comuns de risco (Brasil, 2018).

4.1.1.1 Edentulismo

O edentulismo é um dos mais graves problemas de saúde bucal, acometendo em torno de 75% dos idosos, segundo dados apresentados no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, em 2014. Desta forma, a fim de prevenir maiores danos referentes à saúde bucal, faz-se necessário que as equipes de profissionais realizem ações de promoção da saúde e orientações à pessoa idosa, bem como às suas famílias e cuidadores, em relação aos cuidados de higiene bucal e de uso e limpeza de próteses dentárias (Brasil, 2014).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010), a média de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) entre idosos de 65-74 anos residentes nas zonas urbanas das cinco regiões brasileiras foi de 27,5, enquanto, na pesquisa de 2003 (Brasil, 2003), a média foi de 27,8, tendo como maior quantidade o componente “extraído”. Esta redução pouco significativa se dá por conta dos efeitos cumulativos da doença com o passar dos anos (Brasil, 2010). Considerando-se que um adulto em condições normais possui uma média de 28 a 32 dentes, quase todos os dentes sofreram ou necessitaram de algum tipo de intervenção ao longo da vida, seja ela restauração ou exodontia (Brasil, 2010).

Cabe ressaltar que a meta da Organização Mundial de Saúde para a saúde bucal de indivíduos idosos para o ano de 2010 foi que 96% deles apresentassem, no mínimo, 20 dentes presentes e funcionais na boca (OMS, 1993 *apud* Narvai, 2002).

Neste contexto, a perda dentária apresenta-se como um problema para idosos edêntulos sem reabilitação protética ou com reabilitação parcial de apenas uma das arcadas, trazendo dificuldades na fala, mastigação, sorriso, estética, emprego, convívio social, bem como gerando constrangimento e vergonha devido a ausência dos dentes. Isso afeta suas relações, causando limitações à vida destas pessoas (Bitencourt; Corrêa; Toassi, 2019).

A dificuldade histórica de acesso aos serviços de saúde bucal no país agravou o quadro epidemiológico das perdas dentárias, tanto pelo grau de comprometimento das condições clínicas que impossibilitavam e ainda, muitas vezes, impossibilitam a realização de outros tipos de tratamento, como também pelo modelo assistencial mutilador executado durante longos anos, frente à dificuldade de encaminhamento de casos de maior complexidade para a atenção especializada, que vem se estruturando de forma recente no país. Essas perdas dentárias geram uma demanda de necessidade de próteses, que não são oferecidas no SUS em todos os municípios brasileiros (Colussi; Patel, 2016).

4.1.1.2 Uso e necessidade de prótese

A cultura de que o envelhecimento leva a perdas dentárias e de que o idoso não consegue envelhecer mantendo sua dentição funcional ainda prevalece (Magalhães Jr.; Medeiros; Pontes, 2014). Por isso, os idosos acreditam que não há necessidade de buscar atendimento odontológico para a preservação de seus dentes e/ou próteses na cavidade oral e este fato se constitui em um grande desafio para os profissionais de saúde bucal (Bulgarelli; Mestriner; Pinto, 2012).

A Saúde Bucal Coletiva e a odontologia de mercado representam dois modelos distintos e opostos de atenção e de formação dos profissionais que atuam na área. A odontologia de mercado acredita que as ações e serviços de saúde são mercadorias que devem ser adquiridas por aqueles que podem comprá-los, gerando lucros àqueles que vendem seu produto. Já a Saúde Coletiva parte do pressuposto que a saúde bucal das populações é o resultado das condições de vida e de seus contextos socioeconômicos, produzida pelas relações sociais e pela execução de políticas públicas (Narvai, 2017).

A condição de vida da população se reflete diretamente na saúde bucal e suas necessidades são expressas na realidade brasileira de maneira desigual. Enquanto nas classes

média e alta as necessidades são bem supridas pelo mercado, os mais pobres convivem com cáries não tratadas, dores, infecções e sofrimentos que são evitáveis quando o acesso é ofertado de forma ampla e resolutiva. Nesse cenário, a mutilação dentária traduz as iniquidades em saúde do povo brasileiro (Narvai, 2017).

A reabilitação oral nos idosos é desafiadora, visto que, em boa parte dos casos, a pessoa possui alguma patologia crônica degenerativa que interfere diretamente na sua vida. Por isso, é recomendado que se avalie a sua situação de saúde sistêmica e as condições psicológicas, além da condição das estruturas de suporte, que devem estar satisfatórias, para que se estabeleça um bom planejamento e prognóstico do caso (Mendes, 2019). Essa reabilitação deve buscar, além da reposição dos dentes perdidos, prover a função mastigatória e a estética desejada pelo paciente (Kreve; Anzolin, 2016).

Um estudo de Bitencourt, Correa e Toassi (2019) mostrou que o uso de próteses totais mesmo quando apresentam condições desfavoráveis de dor, desconforto ou dificuldades na alimentação são preferíveis entre os idosos em detrimento de ficar ‘sem dentes’. Nota-se também que há uma sensação de aceitação da perda dentária devido à idade e ao tempo que se encontram nessa condição de desdentados.

Essa naturalização da perda dentária é percebida pela sociedade como algo comum com o avanço da idade, quando na verdade deve ser atribuída à falta de políticas públicas de acesso à saúde bucal, voltadas principalmente para a população adulta, para que se consiga a manutenção da dentição permanente, até as fases mais avançadas da vida (Pucca Jr., 2000).

4.1.1.3 Cárie dentária

A cárie é uma manifestação clínica resultante da infecção bacteriana cujos mecanismos se formam através da fermentação de carboidratos provenientes da alimentação, produção de ácidos pelas bactérias, levando a uma dissolução das camadas que compõem o dente (esmalte, dentina e cemento) e provocando uma cavitação dentária em um processo de dissolução contínua dessas estruturas (Almeida; Blat, 2016).

Os processos de desmineralização e remineralização do tecido dentário são oriundos do metabolismo das bactérias. Quando há um desequilíbrio nesse processo, de etiologia multifatorial, pode haver uma desmineralização mais acentuada, com conseqüente formação da lesão de cárie. Os estágios anteriores à formação de cavitação dentária podem ser paralisados por ações de promoção e prevenção à saúde bucal (Almeida; Blat, 2016).

Mesmo com a diminuição dos índices de cárie dentária nos últimos levantamentos de saúde bucal no Brasil, esta ainda é uma doença de relevância em saúde pública no cenário nacional. Apesar de ocorrer de maneira menos acentuada em adultos e idosos, o edentulismo em consequência da cárie dentária é uma das condições mais importantes a ser avaliada nestes grupos etários. (Roncalli, 2011).

Em regiões onde grande parcela da população não tem acesso a ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e ao atendimento odontológico, o tratamento dessa patologia é realizado em estágio tardio e traz como consequências as perdas dentárias (Hiramatsu; Tomita; Franco, 2007). Assim, o que se observa é que a proporção de indivíduos livres de cárie é reduzida de acordo com o avanço da idade, e isso é considerado comum, já que os índices utilizados são cumulativos. Apenas 0,2% da população brasileira entre 65 a 74 anos está livre de cárie (Brasil, 2012).

4.1.1.4 Capacidade mastigatória

A qualidade de vida e de saúde geral satisfatória entre os idosos está diretamente ligada à ingestão de nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo. Para contribuir com essa ingestão nutricional, os dentes naturais precisam estar sadios e/ou as próteses dentárias bem adaptadas. Quando a condição de saúde bucal é desfavorável, pode haver uma dificuldade na trituração dos alimentos, levando à mudança de hábitos alimentares, provocando uma desordem orgânica e aumentando também os problemas digestivos ocasionados por uma inadequada deglutição do bolo alimentar (Leal; Montenegro, 2004).

Uma mastigação adequada possibilita que o idoso tenha uma alimentação mais apropriada para suprir suas necessidades nutricionais. O desconforto com a mastigação, principalmente com próteses mal adaptadas, pode levar o idoso a substituir alimentos mais saudáveis como frutas e verduras por alimentos menos nutritivos em razão de serem mais facilmente ingeridos (Coutinho, 2011).

A própria fisiologia do envelhecimento bucal provoca atrofia da capacidade fonoarticulatória, contribuindo para a diminuição da capacidade mastigatória. Somando-se a isso, as perdas dentárias, a dor ou uma reabilitação protética deficiente podem contribuir para um déficit nutricional no idoso (Almeida; Blat, 2016).

4.2 Bucalidade e autopercepção de saúde bucal em idosos

As funcionalidades da boca associam-se à evolução e à produção humana articuladas a configurações associativas e sociabilidade no decorrer da história (Bortoli *et al.*, 2017). Nesse cenário, o conceito de “bucalidade” (Botazzo, 2000) é visto como uma ampliação da “boca” como um órgão da fala ou do espaço onde se situam os dentes e a língua, entre a maxila e a mandíbula, ou como o primeiro componente do aparelho digestório. Para além das funções atribuídas à boca e a seus órgãos, a “bucalidade” articula-se com outras atividades também desempenhadas nesse mesmo território corporal, tais como: a linguagem, o prazer e o ato de mastigar (Almeida, 2003).

Essa boca à qual nos referimos é a boca social, que fala e se comunica com o mundo através do sorriso, do canto e das suas diversas manifestações, carregando consigo aspectos sociológicos, psicológicos e que produzem subjetividades (Botazzo, 2000).

A utilização restrita de indicadores clínicos com o intuito de realizar avaliação das condições de saúde bucal de uma população é limitada a um modelo biomédico que trata apenas a doença. É inegável, porém, que qualquer medida de saúde necessita avaliar, além da presença ou ausência de doença, os aspectos sociais e emocionais que a envolvem (Allen, 2003). Alguns estudos desconsideram a autopercepção da saúde bucal e o impacto desse indicador na vida diária das pessoas, bem como sua relevância para a programação dos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2011).

A percepção de saúde bucal é um indicador de saúde relevante, já que consegue agregar as condições de saúde objetivas às respostas subjetivas de entrevistas aplicadas a essa população, somando os valores e expectativas culturais individuais desses idosos. A autopercepção das condições bucais muitas vezes contrasta com a condição clínica, mostrando que o idoso tem uma visão positiva de sua saúde bucal, mesmo apresentando condições clínicas insatisfatórias durante o exame físico intraoral. Esse fato revela que o paciente autoavalia sua condição de saúde bucal com um olhar diferente do olhar do profissional (Fernandes; Silva, 2001).

Diante da importância e da necessidade de compreender a percepção da população diante da sua condição bucal, muitos indicadores são propostos como, por exemplo, o *Oral Health Impact Profile - short form* (OHIP – 14) (Slade, 1997), com o objetivo de mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas, a partir de suas percepções acerca de disfunções, dores, limitações e incapacidades causadas por problemas originados na boca, complementando, desta forma, as informações coletadas no exame clínico.

Dentre esses indicadores, o ODP (*Oral Impact on Daily Performances*) é um indicador proposto por Adulyanon e Sheiham, 1997, com o objetivo de medir os impactos mais

significativos que as condições de saúde bucal podem apresentar na capacidade do indivíduo em realizar algumas atividades diárias, tais como: comer, falar, praticar esportes e dormir.

4.3 Organização do Sistema Único de Saúde

Os sistemas de saúde universais representam um marco civilizatório no século XX, tendo se inspirado no direito à saúde conforme defendido nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, a partir da Revolução Bolchevique, onde a ação do Estado substituía as forças do mercado em uma das ações precursoras de organização do planejamento (Paim, 2019).

O Brasil, por meio da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) de 1986 e da construção do SUS em 1988, foi um dos países que incluiu o direito à saúde em sua agenda política na luta pela democracia (Paim, 2008).

Esses sistemas de saúde universais são reconhecidos como aqueles que solucionam de maneira mais efetiva as necessidades da população, além de apoiar o crescimento econômico de um país (Miranda; Mendes; Silva, 2017). A Constituição Brasileira de 1988 trouxe a saúde como dever do Estado, demonstrando a responsabilidade na organização de um sistema de saúde único, público e universal (Miranda; Mendes; Silva, 2017).

A integralidade da atenção é um dos princípios doutrinários do SUS e prevê que as ações voltadas para a promoção de saúde e a prevenção de agravos não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar, incluindo tratamento e reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração aconteça, garantindo condições de saúde adequadas à população (Noronha *et al.*, 2008).

Nesse contexto, a atenção básica deve assumir o papel de porta de entrada na rede de serviços de saúde e compreender um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que incluem a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família a prioridade para sua organização, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2017).

A equidade é um outro princípio do SUS que considera ofertar bens e serviços “a cada um segundo a sua necessidade”, ou seja, ofertando mais a quem mais precisa. Sua efetivação na prática depende de alto grau de democracia, de distribuição de poder, do controle social e dos agentes sociais, sem os quais não seria possível operar a partir da singularidade de cada situação (Campos, 2006).

A instituição de direitos constitucionais da saúde para todos e o reconhecimento e titulação de territórios quilombolas ocorreu de forma simultânea às medidas neoliberais do governo Collor, empossado em 1990 (Marques *et al.*, 2010). Com isso, o repasse de recursos para a saúde foi reduzido drasticamente, provocando restrições na implantação do SUS (Marques *et al.*, 2010). Com o objetivo de atender à lógica do mercado, ampliaram-se a implantação dos planos de saúde e de seguridade social privados. Desta forma, as comunidades quilombolas ficaram à margem do processo de efetivação do SUS e da inclusão de suas necessidades particulares de saúde na construção das políticas públicas (Marques *et al.*, 2010).

O subfinanciamento crônico e a falta de prioridade dos governos diante do SUS sofreu inúmeros entraves no seu processo de desenvolvimento histórico. Diante das ameaças à sua consolidação sofridas atualmente e aos riscos de desmonte iminentes perante as políticas econômicas ultraliberais daqueles que defendem sistemas de saúde voltados para o mercado, enfrenta-se uma crise como consequência dessas objeções políticas e econômicas, apesar das inegáveis conquistas significativas nas práticas dos serviços de saúde (Paim, 2019).

Após 32 anos de criação e implantação do SUS, ainda são vivenciados inúmeros desafios para a efetivação de um serviço público, gratuito e de qualidade, com garantia de todos os princípios e diretrizes preconizados em seus documentos norteadores (Moimaz *et al.*, 2017). Cabe enfatizar que o relato de experiências bem-sucedidas no SUS pode auxiliar gestores e profissionais na tomada de decisões, subsidiando informações que sejam úteis na elaboração, adequação e modificação dos serviços de saúde pelos quais são responsáveis (Moimaz *et al.*, 2017).

4.3.1 Saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde

A saúde bucal é parte inseparável da saúde geral do indivíduo, que por sua vez compreende as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde e à informação. Não se deve pensar em saúde geral desconsiderando a cavidade bucal, assim como o contrário também não deve acontecer (Takemoto; Werlang; Zeni, 2016).

As atividades de promoção de saúde e educação das comunidades são importantes para que estas possam ter capacidade e autonomia para cuidar de si, intervindo, melhorando e modificando sua própria situação de saúde, por meio da prática de hábitos mais saudáveis que levem a um ganho na recuperação de sua saúde bucal em todas as fases da vida (Brasil, 2004).

A partir dessa lógica ampliada de saúde, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB (Brasil, 2004), propondo diretrizes para uma reorganização da saúde bucal focada no cuidado aos indivíduos e suas famílias e incorporando a Saúde da Família como a principal estratégia de reestruturação da Atenção Básica.

Os avanços alcançados após a criação da PNSB são inegáveis (Tavares *et al.*, 2013). Apesar disso, observa-se que a cobertura dos serviços de saúde bucal na Atenção Básica ainda é baixa. Essa situação torna-se ainda mais relevante quando se observam as necessidades de saúde acumuladas historicamente pela população brasileira (Tavares *et al.*, 2013).

Questiona-se se a PNSB tem atingido as pessoas que mais precisam, visto que a Atenção Básica deve ser a ‘porta de entrada’ do SUS e se constitui em um grande desafio para as Equipes de Saúde Bucal (EqSB), que precisam organizar as demandas baseando-se no princípio da equidade, ofertando mais atenção e serviços a quem mais precisa (Tavares *et al.*, 2013).

A inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família foi um dos principais fatores que contribuíram para a melhoria dos índices de saúde bucal proporcionando aumento do acesso aos serviços em todo o território nacional, de acordo com os dados do SB Brasil 2010, quando comparados a levantamentos anteriores (Matos *et al.*, 2020).

Em 2006, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 17 (Brasil, 2006), buscando nortear a reorganização da atenção básica em saúde bucal, sugerindo que o processo de trabalho seja integrado através de uma rede de cuidados, atentando-se aos principais agravos em saúde bucal e organizando a atenção por meio dos ciclos de vida dos indivíduos, incluindo nesses ciclos os idosos acima de 60 anos de idade.

Em 2018, esse caderno foi reeditado para “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2018), buscando fortalecer as políticas públicas de saúde bucal no Brasil, bem como as redes de atenção, gestão e planejamento das ações e serviços e a produção do cuidado nos pontos de atenção à saúde bucal, incluindo a Atenção Primária, Secundária (por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas) e Terciária (por meio das Unidades de Pronto Atendimento e hospitais). Esse novo modelo é impulsionado por um sistema contínuo de vigilância epidemiológica e de informações, a fim de monitorar, avaliar e planejar as ações e estratégias em saúde a partir dos diferentes perfis socioeconômicos da população brasileira (Pires; Botazzo, 2015).

A lei 14.572 (Brasil, 2023), institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS, alterando a lei 8.080 (Brasil, 1990) e incluindo a saúde bucal no seu campo de atuação, visando assegurar que a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica esteja

inserida no contexto da integralidade da atenção à saúde, de forma individual e coletiva, em todos os níveis de complexidade.

A falta de estrutura nos serviços de saúde bucal para as populações quilombolas permanece até os dias atuais, contribuindo para a persistência de agravos como a cárie dentária e outras patologias bucais, já controlados ou em declínio em outras populações, ratificando a concentração da oferta do serviço público de saúde na zona urbana, tornando a população da zona rural ainda mais vulnerável (Oshai & Silva, 2013 *apud* Lima *et al.*, 2021). O desconhecimento sobre seus direitos, em especial, o direito à saúde, torna alguns grupos populacionais mais expostos ao adoecimento, em virtude do baixo nível de informação que chega até eles e/ou dificuldade de interpretação desses usuários do SUS (Silva *et al.*, 2011).

4.4 Populações quilombolas

Antes da promulgação da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888 (Brasil, 1888), muitos quilombos foram formados como um local de resistência à escravidão e luta por liberdade. Após a abolição da escravatura no Brasil, não houve a criação de um sistema para distribuição de terras e integração social para as pessoas antes sujeitas a este regime de submissão. Por esse motivo, o quilombo continuou sendo a única maneira que muitos deles buscavam para viver em liberdade, adquirir sua subsistência, sentir-se pertencente a uma comunidade e formar família, levando também à formação de vários outros quilombos após a abolição (Gontijo, 2019).

Os quilombos tornaram-se, então, uma importante maneira de organização social da população negra e um espaço de resgate da sua humanidade, cultura e fortalecimento da democracia, onde os negros puderam empoderar-se como sujeitos de sua própria história (Brasil, 2013).

A palavra “quilombo”, em sua origem africana bantu, quer dizer acampamento guerreiro na floresta e tornou-se popular no Brasil através da administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos, a fim de designar as unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas para colocar fim na escravidão no país (Leite, 2008).

Os quilombolas têm, na sua identidade, raízes históricas e estão ligados a comunidades organizadas para resistência contra o regime de escravidão nos séculos XVIII e XIX. Sua formação está diretamente ligada às grandes propriedades rurais, já que as colônias de pessoas escravizadas se situavam sempre em regiões rurais mais distantes. Com a abolição da escravatura, essas comunidades mantiveram sua resistência contra aquela sociedade incapaz de

agregá-los. No século XX, o movimento quilombola se materializou e seu fortalecimento resultou na regulamentação das comunidades quilombolas em 2003 (Brasil, 2003) e na sua representação como comunidade tradicional, a partir da instituição da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, em 2007 (Brasil, 2007).

Essas comunidades vivem isoladas tanto cultural quanto geograficamente, e são compostas, em grande parte, por descendentes de africanos (Amorim *et al.*, 2013). O Decreto 4887/2003 (BRASIL, 2003) classifica como remanescentes quilombolas os grupos étnico-raciais de acordo com critérios de autoatribuição, com itinerários característicos, munidos de relações próprias com seus territórios. Presume-se que a ancestralidade negra esteja relacionada à resistência e à opressão vivida historicamente por essas comunidades.

O principal critério para a classificação quilombola está na autodefinição e sensação de pertencimento à história de luta dessas populações, sendo esse um assunto alvo de muitos debates (Araújo *et al.*, 2016). Christo e Anjos (2020), em seu estudo sobre as relações raciais na comunidade quilombola Macaco Branco, Rio Grande do Sul, relatam que lá existem muitos casamentos inter-raciais, tornando-se difícil limitar quem é e quem não é quilombola. Assim também acontece com as comunidades de São Joaquim de Paulo e Barrocas, pesquisadas neste trabalho.

Fazer parte da comunidade quilombola vai muito além da cor da pele (Christo & Anjos, 2020). O vínculo e a sensação de pertencimento à terra, bem como a vivência naquele território são características muito mais importantes, que vão ditar se esta ou aquela pessoa pode ser considerada quilombola (Pires; Dobal, 2017).

As populações quilombolas ainda sofrem com uma infinidade de mazelas sociais, incluindo disputas agrárias pelas áreas ocupadas, falta de infraestrutura e investimentos públicos, ensino precário, presença de serviço de saúde incipiente, isolamento físico e social, preconceito, falta de informação, além de distorções acerca do conhecimento sobre promoção e prevenção da saúde (Hamann; Lima; Silva, 2010).

Essas comunidades apresentam situação de vulnerabilidade se comparadas às populações estabelecidas em zonas rurais e com a população negra do Brasil, devido à natureza de sua formação. As populações rurais do Brasil já se encontram em maior situação de fragilidade, quando contrastadas com as zonas urbanas, gerando menor acesso a serviços de saúde (Kassouf, 2005) e aumento do risco de doenças de origem bucal (Mello, 2005).

Essa vulnerabilidade da população quilombola ressalta a necessidade de se realizar estudos epidemiológicos que apontem claramente para a sua situação de saúde, em especial no

estado da Bahia, onde existe uma grande quantidade de comunidades quilombolas que são reconhecidas pela Fundação Palmares (Bezerra *et al.*, 2014).

Em vários países podem ser observadas as desigualdades raciais nas condições de saúde das populações como um grande problema de saúde pública, manifestando diferenças biológicas, discriminação étnica e social (Leal; Gama; Cunha, 2005). E, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os problemas de saúde mais comuns em populações negras e quilombolas estão ligados às desigualdades históricas e às condições materiais e sociais de vida, retratadas pelos determinantes sociais de saúde, dentre os quais pode-se destacar: local e condições de moradia, condições de trabalho, renda, escolaridade e qualidade dos serviços de saúde ofertados. Essas condições sociais e materiais de vida incluem o meio ambiente físico, social, cultural e político onde estas populações estão inseridas e influenciam no processo saúde-doença e na expectativa de vida (Oliveira, 2002).

Com base nessas necessidades, a portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com o intuito de combater as desigualdades étnico-raciais presenciadas ainda nos dias de hoje, bem como o racismo e a discriminação racial nas instituições e serviços do SUS, assegurando também a ampliação do acesso da população negra do campo e da floresta, particularmente dos quilombolas, a ações e serviços de saúde (Brasil, 2009).

Visando garantir cada vez mais o direito à saúde desses povos, que vivem à margem da sociedade, e partindo da mesma lógica do desenvolvimento de ações para diminuição de iniquidades, foi instituída a portaria nº 2866, de 2 de dezembro de 2011, que prevê uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), beneficiando, dessa forma, também as populações quilombolas. Seu objetivo é promover a saúde dessas populações, reconhecendo suas especificidades de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual, qualificando o acesso aos serviços de saúde, além de reorientar a redução de riscos e agravos mediante a exposição do trabalho com a utilização de tecnologias agrícolas, em busca da melhoria dos indicadores de saúde dessas pessoas, por meio do desenvolvimento de ações direcionadas, dentre elas, aos idosos, contribuindo para a redução de suas vulnerabilidades (Brasil, 2011).

Apesar da existência dessas portarias visando melhorias nos níveis de saúde e no acesso a esses serviços, observam-se, na prática, muitos desafios a serem superados, incluindo desigualdades na oferta de ações do SUS, que se refletem em indicadores de saúde desiguais (Lima *et al.*, 2021).

A literatura a respeito do uso dos serviços de saúde pela população quilombola no Brasil carece do aprofundamento de estudos sobre as condições de saúde desta minoria, que ainda são pouco pesquisadas (Gomes *et al.*, 2013). Esse grupo se encaixa no termo “minoria”, apesar de a população negra não representar minoria numérica no Brasil; é assim considerado, pois ainda busca consolidar a equidade em saúde dentro dos seus territórios (Marques *et al.*, 2010).

Os cuidados em saúde das áreas quilombolas tornam visíveis múltiplas formas de viver que as diferem das comunidades urbanas modernas. Há, muitas vezes, maiores dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, diferenças no formato do autocuidado e do cuidado com os outros, entre outras práticas que podem produzir estranhamentos e falta de compreensão daqueles que não conhecem ou não valorizam a sua importância para a estruturação e prosseguimento da vida desses povos tradicionais (Tavares *et al.*, 2019).

Segundo Durand e Heideman (2019), a saúde deve ser avaliada além da visão biológica, considerando seus determinantes sociais, que influenciam na qualidade de vida das pessoas. É necessário que haja uma expansão da promoção da saúde a fim de que estas comunidades se empoderem. Nesse contexto, é necessário que todos os profissionais de saúde compreendam a temática das comunidades quilombolas, visto que as ações de promoção e prevenção só se efetivam de fato quando os trabalhadores se apropriam dos conhecimentos que norteiam suas atividades (Freitas *et al.*, 2011).

É preciso refletir se a implantação de políticas e programas do SUS podem ser consideradas qualificadoras do cuidado para que seja estabelecido o protagonismo dos sujeitos no momento do atendimento de suas prioridades diante de suas necessidades (Vieira; Monteiro, 2013).

Vale ressaltar que as informações epidemiológicas específicas sobre a população quilombola, nos sistemas de informação em saúde, são inexistentes (Marques *et al.*, 2010). Isso demonstra a necessidade da realização de estudos epidemiológicos com esse público (Gomes *et al.*, 2013).

Um dos principais desafios na promoção da saúde e prevenção de agravos bucais nas populações quilombolas reside no fato de que é necessário montar estratégias que sejam capazes de abarcar o estilo de vida dessas populações, respeitando suas singularidades (Lima *et al.*, 2021).

O fenômeno da urbanização possibilitou que as comunidades quilombolas, antes limitadas aos ambientes rurais, estivessem mais próximas dos centros urbanos, modificando seus estilos de vida, tornando-se relevante a compreensão sobre quais ambientes são mais

favoráveis para a manutenção da sua saúde e criando alternativas para preservar esses locais e seus costumes tradicionais (Zank; Ávila; Hanazaki, 2016).

Os estudos acerca das condições de saúde bucal das populações quilombolas têm demonstrado que existem dificuldades no acesso e que a procura pelo atendimento odontológico, na maioria das vezes, é ocasionada pela dor. Além disso, a necessidade de reabilitação protética é evidente, seja através de próteses parciais, unitárias ou de ambas (Silva *et al.*, 2011).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de abordagem transversal, de caráter descritivo e de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais, residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, na zona rural do Município de Vitória da Conquista, Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas).

Uma das vantagens do estudo descritivo é que não há necessidade de grupo controle, além do fato de que é um estudo de rápida execução e de baixo custo (Barreto & Almeida-Filho, 2011).

Esse tipo de estudo é útil quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição de diagnósticos comunitários de situação local de saúde para que, a partir daí, realize-se o planejamento da área estudada (Barreto & Almeida-Filho, 2011).

Em relação às desvantagens, pode-se considerar que as medições são realizadas em uma única ocasião, sem que haja um período de acompanhamento. Por este motivo, não é capaz de medir exposição e efeito ou causalidade (Barreto & Almeida-Filho, 2011).

5.2 Área e população de estudo

O local de estudo pertence à Unidade de Saúde da Família do Capinal e divide-se em 11 microáreas, sendo 3 dessas quilombolas (São Joaquim de Paulo, Barrocas I e Barrocas II). Está localizada na zona rural do município de Vitória da Conquista, que é um município situado na região econômica do Sudoeste da Bahia, e fica a aproximadamente 16 quilômetros do centro da cidade.

Segundo dados estatísticos da Prefeitura Municipal, a população estimada do município em 2012 era de 315.884 habitantes, sendo 147.879 do sexo masculino e 158.987 do sexo feminino. Destes, cerca de 10% pertencem à zona rural (32.147 habitantes) (IBGE, 2010). Distante 509 quilômetros da capital do Estado (Salvador), Vitória da Conquista se localiza na mesorregião centro-sul da Bahia (PMVC, 2020).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o suporte principal do sistema municipal de saúde. O município possui 38 equipes de saúde da família, sendo 19 localizadas na zona rural e as demais localizadas na zona urbana. Isso representa uma cobertura de ESF de 68%. Na zona rural, a área de cobertura é de 100% (PMVC, 2020). Das unidades localizadas em zona rural, 10 prestam assistência a comunidades quilombolas: Capinal, Pradoso, São Joaquim, Veredinha, Iguá, Lagoa Formosa, José Gonçalves, Roseira, São João da Vitória e Inhobim. A cidade conta também com 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona urbana. Dessas, 1 atende populações quilombolas da zona rural (CAE II).

O município possui 30 comunidades remanescentes de quilombos, certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizadas na área rural (BRASIL, 2021). A extensão territorial do município é de 3204,5 km², e a zona rural conta com 11 distritos e 308 povoados (PMVC, 2020).

A população de pessoas de 60 anos ou mais é composta por 200 idosos, quantitativo obtido por meio de levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde das respectivas áreas da Unidade de Saúde da Família do Capinal, a partir do cadastro das famílias e de seus domicílios.

5.3 Critérios de inclusão e de exclusão

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: população idosa, quilombola, na faixa etária de 60 anos ou mais, residentes nas localidades descritas anteriormente e que concordaram em participar da pesquisa.

Foram excluídos do estudo indivíduos fora da faixa etária estabelecida, com algum grau de dependência mental, cognitiva, psicológica ou física, que os tornassem incapazes de compreender e responder às questões propostas, impossibilitados de participar do exame bucal, e/ou participantes juridicamente incapazes e/ou acamados.

5.4 Instrumento e coleta de dados

A coleta dos dados populacionais foi realizada mediante o preenchimento de um questionário estruturado - com o auxílio de um tablet Samsung Galaxy Tab A 2017, utilizando o programa *Kobo Toolbox*® (aplicativo *KoboCollect* v1.23.3k), no qual os dados foram armazenados e tabulados com senha - e por meio do exame bucal clínico. Esses dados foram coletados pela pesquisadora e registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde das áreas estudadas e Auxiliar de Saúde Bucal da Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família do Capinal. Os registradores foram calibrados por meio de um treinamento teórico e dois encontros práticos para auxiliar no processo de anotação dos dados coletados nos exames e na aplicação do questionário.

Durante o encontro teórico, foram apresentados os indicadores de saúde bucal utilizados na pesquisa, extraídos do Projeto Saúde Bucal Brasil – SB Brasil 2020 (Brasil, 2021), bem como a ficha referente ao exame bucal clínico. Este material foi disponibilizado aos registradores por meio de uma apostila impressa contendo todas as informações necessárias para executar a coleta de dados. Os registradores foram treinados para o preenchimento da ficha, compreendendo a importância de cada item. Após o encontro teórico, foram realizados dois encontros práticos, no qual os registradores se ambientaram com o programa *Kobo Toolbox*® e o aplicativo *Kobo Collect*., aplicando o questionário entre eles. No segundo encontro prático, a pesquisadora responsável simulou o preenchimento da ficha, examinando os registradores e instruindo nas anotações dos dados do exame clínico.

O instrumento de pesquisa foi composto por questões objetivas, compreendendo itens de identificação (data do exame, número de ordem do examinado, nome do entrevistador (a), localidade), informações socioeconômicas (data de nascimento, sexo, estado civil, grau de escolaridade, número de moradores do domicílio, renda mensal individual e familiar, cor ou raça/ etnia), informações sobre a saúde e os hábitos gerais dos indivíduos (existência de doenças sistêmicas, hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica, hábitos de higiene oral), e informações sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos (procura de atendimento, frequência da procura, motivo), além de questões para a avaliação da autopercepção de saúde bucal, da necessidade de tratamento autopercebida e do impacto da saúde bucal nas atividades diárias (ANEXO A).

A coleta ocorreu em um período de 90 dias, durante os meses de novembro de 2022 a fevereiro de 2023. O tempo médio de cada coleta foi de 60 minutos. Foi realizado o exame físico intraoral para avaliar cárie dentária (coronária e radicular), o uso, a condição e a necessidade de próteses e perda dentária, seguindo os critérios do levantamento epidemiológico

nacional, Saúde Bucal Brasil – projeto técnico, publicado em 2021 (ANEXO B) (BRASIL, 2021).

O exame físico intraoral foi realizado, pela pesquisadora, com o auxílio de espelho bucal nº 5 e da sonda periodontal da Organização Mundial da Saúde (OMS), no domicílio, em local arejado e com a devida paramentação da equipe. O exame ocorreu de forma rápida, de maneira que não causasse incômodo aos participantes.

5.4.1 Variáveis de estudo e indicadores (critérios definidos conforme ANEXO C)

1. Indicadores de Saúde Bucal (Critérios adotados pelo Projeto Saúde Bucal Brasil, 2020):

1.1 Cárie dentária (coronária e radicular): definida como dente hígido, cariado, restaurado com cárie, restaurado sem cárie, perdido devido à cárie, perdido por outras razões, apoio de ponte ou coroa/implante, e dente excluído.

1.2 Necessidade de tratamento: definida conforme a necessidade de restauração de uma ou mais superfícies, coroa, faceta estética, tratamento pulpar e restauração, extração, remineralização de mancha branca ou selante.

1.3 Uso, condição e necessidade de prótese dentária - definida pela presença e /ou ausência de próteses dentárias, removíveis (totais ou parciais) e fixas (unitárias ou com vários elementos);

5.4.2 Indicadores socioeconômicos (critérios definidos conforme ANEXO C):

2.1 Data de nascimento: dia, mês e ano de nascimento, para cálculo da idade;

2.2 Sexo: masculino ou feminino;

2.3 Estado civil: solteiro (a), casado (a), divorciado (a) / separado(a), viúvo(a), união estável, ignorado/não respondeu;

2.3 Grau de escolaridade: definida como analfabeto, fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, superior completo ou incompleto, número de anos que o participante estudou e se esse sabe ler e escrever;

2.4 Número de residentes no domicílio:

2.5 Renda mensal individual: expressa em salários mínimos;

2.6 Renda mensal familiar: expressa em salários mínimos, devendo ser a soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar;

2.7 Raça: branca, preta, amarela, parda, indígena, não sabe;

3. Definições dos hábitos de vida e condições de saúde geral (Critérios adotados conforme ANEXO C):

3.1 Hábito de fumar: definido pela ausência / presença do tabagismo, e o tempo de consumo

3.2 Hábito de ingerir bebida alcoólica: definido pela ausência / presença de consumo de bebida alcoólica e tipo de bebida consumida;

3.3 Autoavaliação da saúde: definida por meio da percepção do indivíduo a respeito de sua saúde geral.

3.4 Existência de doenças: definida pela ausência / presença de doenças infecciosas ou crônicas, diagnosticada por um profissional médico;

3.5 Hábitos de higiene oral: definidos pela ausência / presença de hábitos de higiene oral, frequência e recursos utilizados;

4. Avaliação da morbidade bucal referida, do acesso e utilização dos serviços de saúde bucal (Critérios adotados conforme ANEXO C):

4.1 Dor dentária: definida considerando-se a ocorrência da dor dentária nos últimos seis meses;

4.2 Dor orofacial: definida considerando-se a ocorrência de dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido, nos últimos seis meses;

4.3 Acesso ao serviço: definido como ida ao consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/ equipe de saúde bucal no último ano;

4.4 Tipo de serviço de saúde bucal procurado: público, particular, plano de saúde, convênio ou outros;

4.5 Frequência do uso do serviço de saúde bucal: definido como a última ida do entrevistado à consulta odontológica;

4.6 Motivo: definido pela queixa principal que levou o entrevistado ao cirurgião-dentista nos últimos 12 meses.

4.7 Avaliação do serviço de saúde bucal: definido sobre a avaliação que o entrevistado faz sobre o tratamento na sua última consulta ao dentista.

5. Autopercepção de saúde bucal, impacto nas atividades diárias e necessidade de tratamento (critérios definidos conforme ANEXO C): definida por meio da interpretação que o indivíduo faz da sua própria saúde bucal, atribuindo um impacto positivo ou negativo dessa nas

atividades diárias e qual a necessidade de tratamento odontológico percebida pelo indivíduo, no momento da pesquisa.

A análise do impacto da saúde bucal nas atividades diárias foi baseado em versões validadas do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) para adultos e idosos (Abegg *et al.*, 2015; Pilotto *et al.*, 2016), cujos itens abordaram aspectos ocasionados por problemas bucais, nos seis meses anteriores, relacionados à vida diária no que diz respeito a: comer; falar claramente; higienizar os dentes / dentaduras; realizar atividades físicas; trabalhar ou estudar; dormir; manter estado emocional equilibrado; sair, se divertir, ir a festas, passeios; sorrir e mostrar os dentes sem vergonha.

5.5 Análise estatística

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse do estudo, para a análise descritiva dos dados, observando a prevalência de perda dentária e seus fatores de risco associados, com o objetivo de definir o perfil epidemiológico de saúde bucal dos indivíduos estudados.

Posteriormente, realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde geral, hábitos de saúde bucal, morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal, autopercepção em saúde bucal e o impacto nas atividades diárias, bem como o número e percentual de perdas dentárias.

Para avaliar a associação entre as variáveis estudadas foi calculada a razão de prevalência (RP) como medida de associação, e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) como medida de significância estatística, comparando-se a prevalência da perda dentária (variável dependente) e demais variáveis (independentes) para definição daqueles que se associaram positivamente como fatores de risco à perda dentária da população de estudo.

A análise dos dados foi digitada, processada e classificada com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão IBM SPSS Statistics 22 (*Statistical Package for the Social Sciences /SPSS*). Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos com o auxílio do pacote estatístico STATA 16.0.

5.6 Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto foi apresentado à Associação de Quilombolas das comunidades, para a assinatura da carta de anuência (APÊNDICE A).

Após a assinatura da carta de anuência, foi solicitada ao Pólo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista uma autorização institucional para a coleta de dados e infraestrutura (APÊNDICE B).

De posse dessa anuência e autorização, o presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos (ANEXO E), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de acordo com as normatizações previstas na portaria 566/2016 e na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). Após a aprovação do CEP, por meio do parecer nº 5.659.057, a coleta de dados foi iniciada. Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Foi realizada, também, a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) aos participantes, assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e outra, do participante.

Para a realização dos exames físicos intraorais, foram obedecidas as normas de biossegurança no que diz respeito aos cuidados de limpeza, esterilização, armazenamento adequados dos instrumentais utilizados e ao uso dos equipamentos de proteção individual pelos examinadores do projeto.

Ao final de cada exame realizado, foi entregue aos participantes um relatório (ANEXO D) descrevendo sua condição de saúde bucal e necessidades de tratamento. Nesse relatório foi identificado o serviço público municipal de referência (com endereço e telefone), bem como o contato da cirurgiã-dentista responsável pelo atendimento das necessidades detectadas durante o exame clínico. A profissional e pesquisadora foram responsáveis, também, pelos encaminhamentos aos especialistas necessários.

6. RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 140 idosos quilombolas de ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais, pertencentes às localidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, da USF Capinal, no município de Vitória da Conquista – BA, contabilizando 80% da população idosa cadastrada na área. A perda de 20% da população se deu pelo fato de que alguns participantes não consentiram em participar da pesquisa, outros não atendiam aos critérios de inclusão e/ou não foram encontrados na residência no momento da coleta dos dados.

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas e econômicas da população dos idosos quilombolas que participaram da pesquisa. Foi possível observar que, no

grupo de estudo, 62 (44,3 %) dos indivíduos eram do sexo masculino e 78 (55,7%) do sexo feminino. Ainda, 80 (57,1%) dos indivíduos referenciaram possuir até 70 anos e 60 (42,9%), 71 e mais anos de vida. Quanto à raça, 127 (90,7%) dos indivíduos consideravam-se pretos ou pardos e 13 (9,3%) brancos. Em relação à situação conjugal, 87 (62,1%) viviam sem o(a) companheiro(a).

Foi observada uma escolaridade baixa na população do estudo, em que 82 indivíduos (58,6%) relataram ser analfabetos. A média de residentes por domicílio foi de 2,81 pessoas, sendo que 113 (80,7%) dos domicílios possuíam até 3 pessoas residindo na casa. A renda individual observada foi menor ou igual a 1 salário mínimo para a maioria dos entrevistados (118, que correspondeu a 84,3% dos indivíduos), enquanto a renda mensal familiar foi menor ou igual a 1 salário mínimo em 31 (22,1%) das famílias e acima de 1 salário mínimo em 109 (77,9%) das famílias (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados com relação aos hábitos de vida e as condições de saúde geral. Observou-se que 83 (59,3%) dos entrevistados declararam ser fumantes e/ou ex-fumantes e 98 (70%) declararam não ingerir bebida alcoólica.

Ainda na Tabela 2, no que diz respeito à autoavaliação de saúde, 57 (40,7%) dos indivíduos consideram sua saúde muito boa ou boa, 59 (42,2%) consideravam sua saúde regular e 24 (17,1%) ruim ou muito ruim. Dos entrevistados, 113 (80,7%) responderam que já foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e 31 (22,1%) que foram diagnosticados com diabetes. Em relação a outros problemas de saúde, 68 (48,6%) disseram já terem tido câncer (próstata, mama, tireoide, reto, intestino), infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas (angina, arritmia), hipercolesterolemia, pancreatite, catarata, glaucoma e outras doenças na visão, psoríase, aneurisma, gota, osteoporose, bursite, hérnias de disco e outras doenças na coluna, artrose, depressão, doenças renais, lúpus, trombofilia, hipertireoidismo, vitiligo, hérnia inguinal, gastrite, acidente vascular cerebral (AVC), labirintite, doença de Chagas e varizes dos membros inferiores.

Os hábitos de saúde bucal também foram avaliados (Tabela 3). Observou-se que 76 (54,3%) dos indivíduos responderam que escovavam os dentes todos os dias. Cabe ressaltar que 60 (42,9%) indivíduos eram edêntulos, sendo classificados nesse questionamento como “não se aplica”. Dos indivíduos que afirmaram escovar os dentes todos os dias, 53 (69,7%) realizavam a escovação até duas vezes por dia e 23 (30,3%) faziam a higiene oral três vezes ou mais por dia. O uso de creme dental foi um hábito frequente em 78 (55,7 %) dos casos, e apenas 8 (5,7%) dos indivíduos entrevistados relataram que faziam uso de fio dental diariamente. Entre os idosos que faziam uso de prótese dentária, 88 (93,6%) costumavam escová-la todos os dias,

enquanto 6 (6,4%) não tinham este hábito. No que se refere ao hábito de retirar a(s) prótese(s) para dormir à noite, 45 (47,9%) dos idosos responderam que tinham este hábito (Tabela 3).

A morbidade bucal referida foi investigada perguntando aos participantes do estudo se eles tiveram dor de dente nos últimos seis meses. Utilizou-se como referência o instrumento adotado no exame nacional de Saúde Bucal da população brasileira (SB Brasil) em 2020. No questionamento, 68 (48,6%) dos indivíduos responderam que não sentiram dor de dente nos últimos 6 meses. Também foi perguntado se houve dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses. A essa pergunta, 92 entrevistados (65,7%) responderam negativamente (Tabela 3).

Quanto ao acesso e utilização do serviço de saúde bucal no último ano, observou-se que 103 (73,6%) dos indivíduos disseram que não procuraram atendimento odontológico, 33 (23,6%) disseram que procuraram e foram atendidos e 4 (2,8%) procuraram e não foram atendidos e/ou foram agendados para outro dia ou outro local. A maioria dos entrevistados (73, que corresponde a 52,1%) relataram que a consulta mais recente com um cirurgião dentista foi realizada há mais de 3 anos. Ainda, quanto à busca pelo serviço de saúde, a última consulta foi realizada no serviço particular, por plano e/ou convênio de saúde por 107 (76,4%) dos participantes. Apenas 33 (23,6%) realizaram sua última consulta de saúde bucal no serviço público de saúde. O motivo principal da busca por atendimento foi a confecção de próteses dentárias para 74 (52,9%) dos entrevistados, seguido da procura por extração dentária para 45 (32,1%) dos idosos (Tabela 4).

Quando perguntados como avaliavam sua saúde bucal, 82 (58,6%) dos idosos a consideravam boa/muito boa. Sobre a necessidade de tratamento odontológico autorreferida, 83 (59,3%) responderam que necessitavam de tratamento no momento da entrevista. Ao exame bucal, observou-se que 124 (88,6%) dos idosos apresentavam 13 ou mais dentes perdidos e a média de CPOD observada foi de 26,84 dentes afetados pela cárie. Cabe ressaltar que o percentual de dentes perdidos (94,5%) foi o extrato que mais contribuiu para o valor do CPOD encontrado. A presença de implante dentário foi referida por 1 (0,7%) dos idosos entrevistados (Tabela 5).

Observa-se também na Tabela 5 que o número de entrevistados que fazia uso de próteses dentárias foi 94 (67,1%), enquanto 46 (32,9%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese. Entre os indivíduos que utilizavam prótese, 47 (50,0%) dos idosos examinados utilizavam próteses no arco superior e inferior, 44 (46,8%) utilizavam apenas no arco superior e 3 (3,2%) apenas no arco inferior. A necessidade de prótese foi observada em 92 (65,7%) dos entrevistados, sendo que no arco superior a necessidade observada na maioria dos idosos foi de prótese dentária total

(68, que correspondeu a 48,6% dos examinados) e no arco inferior observou-se a necessidade de prótese fixa ou removível para substituição de um ou mais elementos dentários em 67 (47,9%) dos idosos examinados (Tabela 5).

No Gráfico 1, é possível observar o uso de prótese distribuído pelo tipo e localização da unidade protética. Dos indivíduos que faziam uso de prótese, 22,9% utilizavam apenas prótese total removível (PTR) no arco superior, 21,4% utilizavam PTR nos arcos superior e inferior, 8,6% utilizavam prótese parcial removível (PPR) apenas no arco superior, 6,4% utilizavam PTR superior e PPR inferior, 4,3% utilizavam PPR superior e inferior, 2,1% utilizavam PPR apenas inferior e 1,4% utilizavam PPR superior e PTR inferior (Gráfico 1).

A respeito do impacto da saúde bucal na vida diária, 79 (56,4%) dos idosos relataram que tiveram dificuldade pra comer por causa dos dentes; a maioria (94, que corresponde a 67,1% dos entrevistados) respondeu que não teve dificuldade para falar por causa dos dentes; os dentes não incomodavam ao escovar em 95 (67,9%) dos casos; 125 (89,3%) dos entrevistados relataram que os dentes não incomodavam a praticar esporte; 63 (45%) relataram que os dentes já os deixaram nervosos ou irritados; 100 idosos (71,4%) declararam nunca terem deixado de sair, se divertir ou ir a festas/passeios por causa dos dentes; 77 (55,0%) nunca sentiram vergonha de sorrir ou de falar por causa dos dentes; 97 (69,3%) afirmaram que os dentes nunca atrapalharam durante a execução de tarefas escolares ou de trabalho; 76 (54,3%) disseram nunca ter dormido mal por causa dos dentes (Tabela 6).

Tabela 1 – Distribuição de número e percentual da população quilombola estudada de acordo com características sociodemográficas e econômicas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Sexo		
Feminino	78	55,7%
Masculino	62	44,3%
Idade		
Até 70 anos	80	57,1%
71 anos e mais	60	42,9%
Estado Civil		
Com companheiro(a)	53	37,9%
Sem companheiro(a)	87	62,1%
Raça		

Pretos/ Pardos	127	90,7%
Branco	13	9,3%
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	82	58,6%
Com algum grau de escolaridade	58	41,4%
Renda mensal individual		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	118	84,3%
Superior a 1 salário mínimo	22	15,7%
Renda mensal familiar		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	31	22,1%
Superior a 1 salário mínimo	109	77,9%
Nº de moradores por domicílio		
Até 3 pessoas	113	80,7%
Acima de 3 pessoas	27	19,3%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Distribuição de número e percentual de hábitos de vida e condições de saúde geral de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Fumantes	15	10,7%
Não fumantes	68	48,6%
Ex fumantes	57	40,7%
Ingerem bebida alcoólica		
Sim	42	30,0%
Não	98	70,0%
Autoavaliação de saúde		
Muito boa/ boa	57	40,7%
Regular	59	42,2%
Ruim/ muito ruim	24	17,1%
Hipertensos		
Não	27	19,3%
Sim	113	80,7%

Diabéticos		
Não	31	22,1%
Sim	109	77,9%
Outros problemas de saúde		
Sim	68	48,6%
Não	72	51,4%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 3 – Distribuição de número e percentual de hábitos de saúde bucal e morbidade bucal referida de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Escovação dentária		
Não escovam os dentes todos os dias	04	2,9%
Escovam os dentes todos os dias	76	54,3%
Escova até 2x por dia*	53	69,7%
Escova 3 ou mais vezes por dia*	23	30,3%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do creme dental		
Sim	78	55,7%
Não	02	1,4%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do fio dental		
Sim	8	5,7%
Não	72	51,4%
Não se aplica	60	42,9%
Escovação da prótese diariamente**		
Sim	88	93,6%
Não	06	6,4%
Retirada da prótese para dormir**		
Sim	45	47,9%
Não	49	52,1%
Referência de dor de dente nos últimos 6 meses		
Sim	12	8,6%
Não	68	48,6%
Não se aplica	60	42,9%

Referência de dor na face nos últimos 6 meses

Sim	48	34,3%
Não	92	65,7%

Fonte: elaborado pela autora

*Percentual calculado do total de indivíduos que escovam os dentes todos os dias.

**Percentual calculado do total de indivíduos que possuem prótese (94 idosos – 67,1% da população examinada)

Tabela 4 – Distribuição de número e percentual de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Procura pelo atendimento odontológico, no último ano		
Não procurou	103	73,6%
Sim, não foi atendido ou foi agendado para outro dia ou outro local	04	2,8%
Sim, procurou e foi atendido	33	23,6%
Tempo da última consulta odontológica		
Até 1 ano	37	26,4%
Entre 1 e 3 anos	30	21,4%
Há mais de 3 anos	73	52,1%
Local do Atendimento		
Serviço Público	33	23,6%
Serviço particular/ plano/ convênio	107	76,4%
Motivo da última consulta		
Extração	45	32,1%
Prótese	74	52,9%
Outros	21	15,0%

Fonte: elaborado pela autora

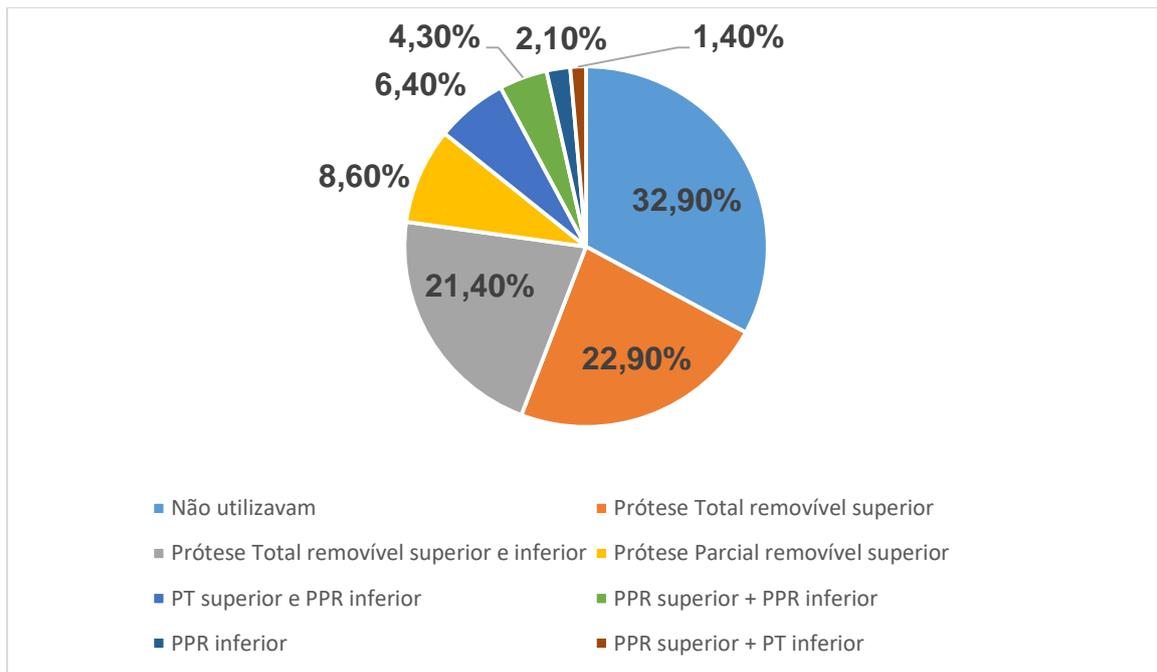
Tabela 5 – Distribuição de número e percentual do uso e necessidade de próteses dentárias, da autoavaliação da saúde bucal, e da média do índice de CPO-D da população de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Autoavaliação de saúde bucal		
Muito boa/ boa	82	58,6%
Regular	33	23,6%
Ruim/ muito ruim	25	17,8%
Necessidade de tratamento odontológico autopercebido		
Não	49	35,0%
Sim	83	59,3%
Não sabe/ não respondeu	08	5,7%
Número de dentes perdidos		
13 ou mais dentes	124	88,6%
Até 12 dentes	16	11,4%
<i>Média CPO-D = 26,84 Desvio padrão = 6,4 Percentual de perdas dentárias = 94,5%</i>		
Presença de implante dentário		
Não	139	99,3%
Sim	1	0,7%
Não uso de prótese		
Não uso de prótese	46	32,9%
Uso de prótese		
Inferior*	03	3,2%
Superior*	44	46,8%
Duas arcadas*	47	50,0%
Necessidade de prótese		
Não	48	34,3%
Sim	92	65,7%
Necessidade de prótese superior		
Não necessita	40	28,6%
Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	32	22,9%
Necessita de prótese dentária total	68	48,6%
Necessidade de prótese inferior		
Não necessita	24	17,1%

Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	67	47,9%
Necessita de prótese dentária total	49	35,0%

Fonte: elaborado pela autora

Gráfico 1 – Distribuição percentual do uso de próteses dentárias de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6 – Distribuição de número e percentual de impacto da condição bucal na vida diária de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Dificuldade para comer por causa dos dentes		
Sim	79	56,4%
Não	61	43,6%
Dificuldade para falar por causa dos dentes		
Sim	46	32,9%
Não	94	67,1%
Os dentes incomodaram ao escovar		
Sim	45	32,1%

Não	95	67,9%
Os dentes incomodaram a praticar esportes		
Sim	15	10,7%
Não	125	89,3%
Ficou nervoso(a) ou irritado(a) por causa dos dentes		
Sim	63	45,0%
Não	77	55,0%
Deixou de sair, se divertir, ir a festas/passeios por causa dos dentes		
Sim	40	28,6%
Não	100	71,4%
Sentiu vergonha de sorrir/falar por causa dos dentes		
Sim	63	45,0%
Não	77	55,0%
Os dentes atrapalharam estudar/ trabalhar		
Sim	43	30,7%
Não	97	69,3%
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes		
Sim	64	45,7%
Não	76	54,3%

Fonte: elaborado pela autora

Os resultados da análise bivariada entre as características socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida, de higiene bucal e autoavaliação da saúde geral da população estudada em relação à perda dentária (número de perda maior ou igual à 13 dentes) evidenciaram associação com o sexo feminino (RP = 1,06; IC_{95%} = 0,94 – 1,20), faixa etária acima dos 71 anos (RP = 1,21; IC_{95%} = 1,08 – 1,35), analfabetismo (RP = 1,08, IC_{95%} = 0,95 – 1,23), hábito de fumar (RP = 1,04; IC_{95%} = 0,97 – 1,12), hábito de ingerir bebida alcoólica (RP = 1,15; IC_{95%} = 1,04 – 1,26), ausência de escovação dentária diária (RP = 1,26; IC_{95%} = 1,12 – 1,40), ausência do uso do creme dental (RP = 1,25; IC_{95%} = 1,12 – 1,40) e a ausência do uso fio

dental (RP=1,31; IC_{95%} = 0,75 – 2,26). Assim, percebeu-se significância estatística para as variáveis faixa etária, hábito de ingerir bebida alcoólica, ausência de escovação diária e ausência de uso do creme dental (Tabela 7 e 8).

Tabela 7 – Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis socioeconômico-demográficas e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

VARIÁVEIS	13 OU MAIS DENTES PERDIDOS		12 OU MAIS DENTES PERDIDOS		RP	IC 95%
	N	%	N	%		
Sexo						
Feminino	71	91,0%	07	9,0%	1,06	0,94-1,20
Masculino	53	85,5%	09	14,5%		
Faixa etária						
71 anos e +	59	98,3%	01	1,7%	1,21	1,08-1,35*
Até 70 anos	65	81,2%	15	18,8%		
Escolaridade						
Analfabeto	75	91,5%	07	8,5%	1,08	0,95-1,23
C/ algum grau de escolaridade	49	84,5%	09	15,5%		
Nº de moradores por domicílio						
Acima de 3 pessoas	99	87,6%	14	12,4%	0,94	0,83-1,07
Até 3 pessoas	25	92,6%	02	7,4%		
Renda individual						
Menor ou igual a 1 salário mínimo	104	88,1%	14	11,9%	0,96	0,83-1,12
Acima de 1 salário mínimo	20	90,9%	02	9,1%		
Renda Familiar						
Menor ou igual a 1 salário mínimo	26	86,9%	05	16,1%	0,93	0,79-1,10
Acima de 1 salário mínimo	98	89,9%	11	10,1%		

Fonte: elaborado pela autora

*Estatisticamente significante

Tabela 8 – Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de hábitos de vida, de higiene bucal, autoavaliação da saúde geral e a perda

dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

VARIÁVEIS	13 OU MAIS DENTES PERDIDOS		12 OU MAIS DENTES PERDIDOS		RP	IC95%
	N	%	n	%		
Tabagismo						
Fuma/ ex fumante	65	90,3%	07	9,7%	1,04	0,92-1,17
Não fuma	59	86,8%	09	13,2%		
Etilismo						
Bebe	41	97,6%	01	2,4%	1,15	1,04-1,26*
Não bebe	83	84,7%	15	15,3%		
Escovação diária						
Não	04	100,0	0	0,0	1,26	1,12-1,42*
Sim	60	78,9%	16	21,1%		
Uso de creme dental diário						
Não	2	100,0	0	0,0	1,25	1,12-1,40*
Sim	62	79,5%	16	20,5%		
Uso de fio dental diário						
Não	59	81,9%	13	18,1%	1,31	0,75-2,26
Sim	05	62,5%	03	37,5%		
Autoavaliação de saúde geral						
Regular/ruim/muito ruim	71	85,5%	12	14,5%	0,92	0,82-1,03
Boa/muito boa	53	93,0%	04	7,0%		

Fonte: elaborado pela autora

*Estatisticamente significante

Na Tabela 9, os resultados da análise bivariada demonstraram associação entre a falta de procura pelo atendimento odontológico e/ou procura e ausência de atendimento odontológico no último ano e a perda de 13 ou mais dentes (RP= 1,28; IC_{95%} = 1,03 – 1,59) ao fato da última consulta ter ocorrido em serviço público (RP = 1,03; IC_{95%} = 0,91 – 1,17) e ao tempo da última consulta odontológica ter sido acima de 1 ano (RP= 1,17; IC_{95%} = 0,98 – 1,40). Quanto ao motivo da última consulta, associaram-se à perda dentária as variáveis extração dentária e/ou confecção de próteses (RP= 1,03; IC_{95%} = 0,86 – 1,25). A morbidade bucal referida revelou que a dor na face nos últimos seis meses também apresentou associação positiva (RP = 1,05; IC_{95%} = 0,93 – 1,13).

Tabela 9 – Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de autoavaliação de saúde bucal, acesso, utilização dos serviços de saúde bucal e morbidade bucal referida e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

VARIÁVEIS	13 OU MAIS DENTES PERDIDOS		12 OU MAIS DENTES PERDIDOS		RP	IC95%
	N	%	N	%		
Atendimento odontológico no último ano						
Não procurou e/ou procurou e não foi atendido	100	93,5%	07	6,5%	1,28	1,03-1,59*
Procurou e foi atendido	24	72,7%	09	27,3%		
Local da última consulta						
Público	30	90,9%	03	9,1%	1,03	0,91-1,17
Particular/convênio	94	87,9%	13	12,1%		
Tempo da última consulta odontológica						
Acima de 1 ano	95	92,2%	08	7,8%	1,17	0,98-1,40
Até 1 ano	29	78,4%	08	21,6%		
Motivo da última consulta						
Extração/prótese	106	89,1%	13	10,9%	1,03	0,86-1,25
Outros	18	85,7%	03	14,3%		
Acha que necessita de tratamento dentário atualmente						
Sim	70	84,3%	13	85,7%	0,89	0,79-1,0
Não	46	93,9%	03	6,1%		
Dor de dente nos últimos 6 meses						
Sim	9	75,0%	03	25,0%	0,92	0,65-1,31
Não	55	80,9%	13	19,1%		
Dor na face nos últimos 6 meses						

Sim	44	91,7%	04	8,3%	1,05	0,93-1,13
Não	80	87,0%	12	13,0%		
Autoavaliação de saúde bucal						
Regular/ruim/muito ruim	49	84,5%	09	15,5%	0,92	0,81-1,05
Boa/muito boa	75	91,5%	07	8,5%		

Fonte: elaborado pela autora

*Estatisticamente significante

A respeito do impacto da saúde bucal nas atividades da vida diária, aqueles que tiveram dificuldade para comer (RP= 1,03; IC_{95%} = 0,91-1,16), os que deixaram de praticar esportes (RP= 1,14; IC_{95%} = 1,07-1,22), os que se sentiram nervosos ou irritados (RP= 1,07; IC_{95%} = 0,95-1,20), os que tiveram dificuldade para estudar/trabalhar (RP= 1,03; IC_{95%} = 0,91-1,16), além dos que sentiram dificuldade para dormir (R = 1,15; IC_{95%} = 1,02-1,29), apresentaram associação positiva à perda de 13 ou mais unidades dentárias, sendo que a dificuldade de praticar esportes e de dormir apresentaram significância estatística.

Tabela 10 – Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança (IC = 95%) entre variáveis de impacto na vida diária e a perda dentária em idosos quilombolas, Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vitória da Conquista – Bahia, 2022 – 2023.

VARIÁVEIS	13 OU MAIS DENTES PERDIDOS		12 OU MAIS DENTES PERDIDOS		RP	IC95%
	N	%	N	%		
	Dificuldade para comer					
Sim	71	89,9%	08	10,1%	1,03	0,91-1,16
Não	53	86,9%	08	13,1%		
Dificuldade para falar						
Sim	40	87,0%	06	13,0%	0,97	0,85-1,11
Não	84	89,4%	10	10,6%		
Incômodo ao escovar						
Sim	40	89,9%	05	11,1%	1,00	0,88-1,14
Não	84	88,4%	11	11,7%		
Deixou de praticar esportes						
Sim	15	100%	0	0	1,14	1,07-1,22*
Não	109	87,2%	16	12,8%		
Ficou nervoso/irritado						

Sim	58	92,1%	05	7,9%	1,07	0,95-1,20
Não	66	85,7%	11	14,3%		
Deixou de sair						
Sim	34	85,0%	06	15,0%	0,94	0,81-1,09
Não	90	90,0%	10	10,0%		
Vergonha de sorrir/falar						
Sim	56	88,9%	07	11,1%	1,00	0,89-1,13
Não	68	88,3%	09	11,7%		
Dificuldade p/ estudar/trabalhar						
Sim	39	90,7%	04	9,3%	1,03	0,91-1,16
Não	85	87,6%	12	12,4%		
Dificuldade p/ dormir						
Sim	61	95,3%	03	4,7%	1,15	1,02-1,29*
Não	63	82,9%	13	17,1%		

Fonte: elaborado pela autora

*Estatisticamente significante

7. DISCUSSÃO

Os estudos epidemiológicos são utilizados para traçar o perfil de saúde de uma população, bem como de seus determinantes sociais e a relação que essa população tem com os serviços ofertados. Isso serve para conduzir o planejamento em saúde, auxiliando na detecção do impacto da saúde bucal das comunidades estudadas por meio de variáveis sociodemográficas, clínicas e de acesso aos serviços de saúde bucal (Bulgareli *et al.*, 2018).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a projeção da população idosa do Brasil (pessoas com 60 anos ou mais) seria de aproximadamente 33,6 milhões em 2023, sendo que as mulheres representariam 56% e os homens 44% da estimativa populacional. Os resultados encontrados neste estudo (44,3% de indivíduos do sexo masculino e 55,7% do sexo feminino) corroboram com as projeções observadas pelo IBGE.

O envelhecimento se desenha como um fenômeno feminino, principalmente em idades mais avançadas (Sousa *et al.*, 2018). Segundo Rodrigues e Gonçalves (2019), isto se deve ao fato de que os homens utilizam mais bebidas alcóolicas e tabaco, procuram menos os serviços de saúde e estão mais expostos, quando jovens, a mortes por causas externas como acidentes de trânsito e homicídios.

Na análise bivariada que relacionou a variável sexo com a perda dentária (13 ou mais dentes perdidos), a Razão de Prevalência (RP) foi de 1,06 ($IC_{95\%} = 0,94 - 1,20$), ou seja, foi encontrada uma associação positiva entre essas variáveis. O achado da perda dentária ter se associado positivamente com o sexo feminino pode ser explicado pelo fato de as mulheres procurarem e utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens (Pinheiro *et al.*, 2002). Isso revela uma assistência odontológica que muitas vezes ainda é mutiladora (Moraes *et al.*, 2013), aliado ao fato de a literatura apontar que as mulheres ainda têm mais predisposição para perdas dentárias que os homens.

Freitas Jr *et al.* (2008) explicam que algumas alterações fisiológicas com o avanço da idade levam a uma reabsorção do tecido ósseo mineralizado, provocando aumento da porosidade óssea e conseqüentemente contribuindo para o aumento da perda dentária. A perda progressiva de massa óssea é, em média, de 3,3% ao ano em homens e 1% em mulheres (Chagas; Rocha, 2012). Com a menopausa, essa perda pode aumentar até 10 vezes (Rosa *et al.*, 2008). Isso pode explicar o fato de as mulheres sofrerem mais perdas dentárias que os homens.

A população quilombola estudada apresentou-se, na sua maioria, na faixa etária entre 60 a 70 anos (57,1%), com uma baixa renda individual (80,7% recebiam até 1 salário mínimo) e um alto grau de analfabetismo (58,6%). No que concerne à raça, neste estudo, a maioria dos entrevistados autodeclarou-se preto(a) ou pardo(a) (127 indivíduos, que correspondeu à 90,7% da população).

Um estudo de base populacional sobre o acesso aos serviços odontológicos de idosos quilombolas rurais do norte de Minas Gerais (Miranda *et al.*, 2020) apresentou algumas características coincidentes, dentre elas, 58,1% de participantes pretos. Em um estudo sobre o perfil sociodemográfico de populações quilombolas (Freitas *et al.*, 2018), a predominância também foi de pretos e pardos. Ainda assim, no estudo realizado, houveram indivíduos que se autodeclararam brancos (9,3%).

É importante enfatizar que a população quilombola é um grupo étnico vulnerável socialmente, de baixo poder econômico, historicamente com mais dificuldades de acesso e/ou permanência na educação formal e com maiores fatores de risco para uma saúde mais deficiente, enfrentando constantemente situações de discriminação e preconceito nos mais diversos ambientes (Durand & Heideman, 2019).

Quanto às associações observadas em relação à perda de 13 ou mais unidades dentárias, o grupo dos idosos, com idade de 71 anos e mais, apresentou associação positiva e estatisticamente significativa ($RP = 1,21$; $IC_{95\%} = 1,08 - 1,35$). Este resultado corrobora com o encontrado na literatura, que ressalta o fato de as perdas dentárias tornarem-se cumulativas com

o passar da idade. A diminuição do fluxo salivar, alterações na dieta que levam a um acúmulo progressivo de biofilme na dentição dos idosos e perda de tecido ósseo mineralizado com consequente reabsorção óssea dos tecidos adjacentes que promovem suporte e sustentação aos dentes são alguns dos danos fisiológicos que ocorrem com o avançar da idade, levando a perdas dentárias (Lopes *et al.*, 2021).

Aliada a esta situação, há a crença de que a perda dentária é uma ocorrência natural com o avançar da idade, tornando-se uma consequência considerada normal do processo de envelhecimento (Cardos; Bujes, 2010).

Quanto às condições econômicas, apesar de a literatura apontar que a renda é fator de risco para a perda dentária em adultos, conforme estudo de revisão sistemática e meta-análise de Seerig *et al.* (2015), que avaliou artigos do Brasil, Estados Unidos e Chile, essa variável não apresentou associação com a perda dentária no presente estudo. Cabe ressaltar que a população analisada foi majoritariamente de baixa renda (tanto individual quanto familiar), o que pode ter levado a uma homogeneidade do estudo e, conseqüentemente, a uma baixa razão de prevalência, já que a maioria da população estudada vive em condições de pobreza (Virtuoso Jr.; Guerra, 2008). Ademais, ainda que as doenças bucais estejam diretamente ligadas ao fator social, as perdas dentárias ocorrem também por outras razões que podem interferir nessa condição (Maia, 2015).

A condição de analfabetismo apresentada pelos idosos quilombolas apresentou-se como um fator de risco para a perda dentária, ou seja, aqueles que não tinham nenhum grau de instrução apresentaram 1,08 vezes mais chances de ter 13 ou mais dentes perdidos na cavidade bucal. O analfabetismo ou o baixo grau de escolaridade pode ter relação com a dificuldade de acesso à escola por parte desses idosos na época de sua infância e adolescência (Maia *et al.*, 2020). Com isso, podem ocorrer perdas dentárias por conta da falta de informação sobre os cuidados em saúde bucal e pela aceitação de naturalidade da perda dentária com o envelhecimento.

Em um estudo de Santillo *et al.* (2014) a respeito dos fatores associados às perdas dentárias entre indivíduos de 20 a 59 anos em áreas rurais do estado de Pernambuco, a baixa escolaridade foi uma variável que também se revelou com associação positiva para a perda dentária: os analfabetos apresentaram 4,6 vezes mais chances de desenvolverem perdas superiores a 12 dentes se comparadas com aquelas que possuíam grau de escolaridade igual ou superior a nove anos.

Com relação aos hábitos de vida, observou-se que 15 (10,7%) dos entrevistados deste estudo declararam ser fumantes, 57 (40,7%) ex-fumantes e 68 (48,6%) não fumantes, enquanto

98 (70%) relataram não ingerir bebida alcoólica. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira e Porto (2021), em que o percentual de tabagismo em idosos longevos do município de Quixabeira- BA foi de 12,6% e o de abstinência do álcool foi de 85,1%. Em outro estudo sobre consumo de álcool e tabaco em idosos não institucionalizados do município de Juiz de Fora – MG, a prevalência de tabagismo foi de 9%, enquanto a de ingestão de bebida alcoólica foi de 26,7% (Barbosa *et al.*, 2018).

O tabagismo apresentou associação positiva com a condição de 13 ou mais dentes perdidos (RP = 1,04, IC_{95%} = 0,92 – 1,17), mas o resultado não foi estatisticamente significativo. Já o etilismo revelou-se como fator de risco, estatisticamente significativo (RP = 1,15; IC_{95%} 1,04 – 1,26).

Corroborando com esse resultado, um estudo que avaliou a ocorrência de doença periodontal, cárie e perda dentária em pacientes tabagistas adultos de uma clínica escola de Odontologia no sul do estado de Minas Gerais revelou que, apesar de não se observar associação significativa do tabagismo com o número de dentes cariados, restaurados ou hígidos, o número de dentes perdidos foi significativamente maior em fumantes (média de 6,48 dentes perdidos) do que em não fumantes (média de 4,09 dentes perdidos) (Barros *et al.*, 2016).

Em outro estudo que pesquisou os fatores associados à perda dentária em 341 idosos uruguaios entre 65 e 74 anos (Laguzzi *et al.*, 2016), houve uma relação significativa entre o consumo de álcool e a perda em todas as análises realizadas, incluindo a perda dentária severa acima de 24 dentes (RP = 1,63; IC_{95%} = 1,27-2,08).

A autoavaliação de saúde bucal foi considerada boa/muito boa por 58,6% dos idosos entrevistados. Isso mostra que, apesar de apresentarem um alto índice de perdas dentárias ao exame clínico bucal, a maioria dos idosos não se percebe com uma saúde bucal insatisfatória. Silva e Fernandes (2001), sinalizaram que a percepção de saúde bucal é um indicador de saúde relevante, pois une as respostas subjetivas, valores e culturas de cada indivíduo com os aspectos clínicos encontrados pelo examinador que, não necessariamente, terão concordância. Ainda segundo esses autores, há um “conformismo” que leva os idosos a aceitarem as doenças de origem bucal como irremediáveis. Somado a isso, esses idosos são de uma época na qual o tratamento da cárie era a extração dentária e a instalação de próteses totais.

O hábito da escovação diária foi confirmado por 76 (54,3%) idosos entrevistados, sendo que destes, 53 (69,7%) escovavam até 2 vezes por dia e os demais (30,3%) 3 ou mais vezes por dia. A ausência de escovação dentária diária apresentou-se como fator de risco para 13 ou mais perdas dentárias (RP= 1,26; IC_{95%} = 1,12 – 1,40).

A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) revelou que a população idosa que

escovava os dentes pelo menos 2 vezes por dia foi de 86,5%, considerando populações urbanas e rurais. No entanto, as populações quilombolas não foram incluídas na pesquisa. Isso demonstra a invisibilidade desse grupo e a necessidade de pesquisas que caracterizem a vulnerabilidade da saúde bucal de povos tradicionais.

O uso do creme dental foi frequente em 78 (55,7%) dos idosos pesquisados, sendo a ausência do uso do creme dental uma condição de risco para as perdas de 13 ou mais dentes (RP= 1,25; IC_{95%} = 1,12 – 1,40). Na literatura, não foram encontrados estudos que associassem o uso de creme dental em idosos dentados. Os estudos encontrados relacionavam o uso de cremes dentais e produtos de limpeza à higienização de próteses (Leite *et al.*, 2012).

Um estudo que avaliou os fatores de risco para a perda dentária em adultos de uma comunidade japonesa de 40 anos e mais (Ishikawa *et al.*, 2018) também mostrou que a baixa frequência de escovação diária se apresentou como fator de risco, estatisticamente significativa, para a perda de 13 ou mais dentes. Isso enfatiza a importância da manutenção de bons hábitos de saúde bucal, como a escovação diária frequente de 3 vezes ou mais, bem como o uso do creme dental e do fio dental a fim de preservar a dentição funcional com pelo menos 20 ou mais dentes na boca.

A dor de dente nos últimos seis meses foi referida por 8,6% da população investigada. Um estudo que avaliou a saúde bucal de 664 idosos quilombolas em 20 cidades no norte de Minas Gerais encontrou resultado semelhante: 11,4% da população investigada relatou ter sentido dor, 52% era edêntula há mais de seis meses e 36,6% negou dor de dente nos últimos seis meses (Sandes, Freitas & Souza, 2014).

O acesso e utilização dos serviços de saúde bucal deste estudo mostrou que 52,1% dos entrevistados haviam procurado por uma consulta odontológica há mais de 3 anos. Foi encontrada uma convergência de resultados no estudo de Santos *et al.* (2014), que objetivou conhecer, entre outros, o acesso aos serviços de atenção à saúde bucal de idosos em estado de corresponsabilidade de uma USF de Jequié-BA, em que 54,32% responderam que o tempo desde a última consulta odontológica foi de 3 anos ou mais. Quanto ao local da última consulta odontológica, os resultados também convergiram. Enquanto neste estudo 23,6% dos idosos utilizaram o serviço público e 76,4% utilizaram o serviço particular, de plano ou convênio, no estudo de Santos *et al.* (2014) 30,25% haviam utilizado o serviço público, 62,97% o serviço particular e 1,25% outros serviços. Nota-se, com isso, que há um contrassenso nessa variável, pois a população de baixa renda continua pagando por serviços odontológicos.

Cabe destacar que o principal motivo referenciado para a busca do serviço odontológico foi para a confecção de prótese dentária (52,9% da população investigada). Ressalta-se que, no

município de Vitória da Conquista – BA, há a oferta de serviço apenas de prótese total removível no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por meio do SUS, porém existe uma demanda reprimida nas unidades de saúde aguardando agendamento para esse tipo de atendimento. Por se tratar de um serviço que requer várias consultas, a demora na marcação e entrega das próteses pode estar levando os usuários a procurarem o serviço privado. Já os serviços de próteses parciais removíveis e próteses fixas não são ofertados pelo SUS no município, levando esses usuários também a procurarem o serviço privado.

Um estudo realizado por Granjeiro *et al.* (2021) analisou de forma quantitativa o perfil epidemiológico de saúde bucal de uma comunidade quilombola de um município de pequeno porte do Estado do Ceará e revelou que os idosos foram a faixa etária que menos procurou os serviços odontológicos no período de seis meses avaliado, corroborando mais uma vez com os resultados do presente estudo. Vale ressaltar que, apesar da existência de um serviço odontológico na atenção primária, a baixa procura pode se dar pelo entendimento que não há a necessidade da consulta pela ausência dos dentes.

O motivo da última consulta odontológica foi com a finalidade de confecção de próteses para a maioria dos idosos estudados (52,9%), extração dentária para 32,1% e por outros motivos para 15%. Os motivos de extração e confecção de próteses relacionaram-se positivamente com a perda de 13 ou mais unidades dentárias (RP = 1,03, IC_{95%} = 0,86 – 1,25). Um estudo que avaliou a autopercepção de saúde bucal de 204 idosos da cidade de Montes Claros – MG revelou que, apesar dessa população não ser quilombola, os resultados apresentaram similaridades com o presente estudo: 45,6% dos idosos relataram que o motivo da última consulta com um dentista foi para confecção de prótese total removível, 27,5% foram motivados pela dor e 26,5% foram por outros motivos (Miranda *et al.*, 2011).

Um estudo que classificou as perdas dentárias e seus fatores associados em adultos de 20 a 64 anos em Piracicaba – SP mostrou que a utilização do serviço odontológico, apenas por emergência, motivado pela dor, que acaba levando na maioria das vezes à extração dentária, também teve associação positiva com a perda dentária acima de 12 dentes (Batista; Lawrence; Sousa, 2015).

A média de CPO-D encontrada nesta pesquisa foi de 26,84 dentes afetados pela cárie, em que o maior componente foi de perdas dentárias (94,5%). Este valor foi semelhante à média do CPO-D (27,53) encontrada no último levantamento do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), em que o maior componente da faixa etária de 65 a 74 anos também foi de dentes perdidos (93,9%). Nos resultados preliminares do SB Brasil 2020 (BRASIL, 2022), a média de CPO-D de 65 a 74 anos foi de 23,3. Apesar da diminuição da média do CPO-D, a maior proporção continua sendo

de dentes perdidos (86,3%). Embora os dados preliminares apontem para a diminuição do valor do CPO-D no levantamento de 2020, essa melhora não é percebida neste estudo com a população idosa quilombola, cujos resultados se aproximam mais dos dados do SB Brasil 2010. Cabe ressaltar que a população idosa quilombola ainda sofre os reflexos da desigualdade no acesso à saúde vivida ao longo de décadas de exclusão social, o que acarretou prejuízos relacionados à cor da pele, tornando-os mais vulneráveis e com evidentes traços de iniquidades (Souza; Silva; Souza, 2022).

O uso de próteses dentárias foi predominante na arcada superior. Do total de pessoas que faziam uso de próteses, 47 (50%) utilizavam nas duas arcadas, enquanto 44 (46,8%) utilizavam apenas na arcada superior. Apenas 3 (3,2%) dos indivíduos utilizavam prótese somente na arcada inferior. Quanto ao tipo de prótese, a mais utilizada foi a prótese total removível, sendo que 30 idosos (21,4%) faziam uso de prótese total removível superior e inferior e 32 (22,9%) utilizavam apenas prótese total superior. Um grupo de 46 idosos (32,9%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese.

O uso de prótese total da arcada superior em detrimento da inferior justifica-se pela maior dificuldade de adaptação de próteses na mandíbula em relação à maxila. Na maioria das vezes, uma das consequências da perda dentária é a reabsorção constante do osso alveolar, principalmente na mandíbula. Isso acarreta condições clínicas desfavoráveis ao uso da prótese, já que sua estabilidade e retenção ficam comprometidas, levando os idosos a uma maior dificuldade de utilizá-las (Cooper, 2009).

Outro fator que pode também influenciar na baixa adesão ao uso de próteses totais inferiores é que na mandíbula há uma maior chance de desenvolvimento de lesões na mucosa oral, como, por exemplo, úlceras traumáticas e estomatites protéticas (Cooper, 2009). A razão disso é que a anatomia da mucosa que reveste a arcada inferior é mais fina e isto propicia mais dor, menor adaptação da prótese total inferior e menor adesão ao seu uso (Miranda *et al.*, 2021).

O resultado referente ao uso de próteses foi semelhante a um estudo de Landim *et al.* (2013) sobre fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda, em que o uso de prótese superior foi de 47,5%, enquanto na arcada inferior foi de 16,3%.

Embora a necessidade de uso ou troca de próteses superiores totais, parciais ou fixas tenha sido grande neste estudo, com 100 (71,5%) dos examinados necessitando utilizar uma ou mais próteses ou trocar a(s) que já estava(m) utilizando, a necessidade de uso ou troca de próteses na arcada inferior apresentou maior demanda de algum tipo de reabilitação protética, totalizando 116 (89,6%) dos examinados. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de

Landim *et al.* (2013), em que 75% dos participantes necessitavam de troca de próteses inferiores, enquanto 46% necessitavam de troca de próteses superiores.

A atividade que mais impactou na vida diária dos idosos neste estudo foi a dificuldade para comer por causa dos dentes (56,4%). A percepção dos idosos para dificuldade de falar, incômodo ao escovar, dificuldade para praticar esportes, sentir-se nervoso ou irritado por causa dos dentes, deixar de sair, sentir vergonha de sorrir ou falar, ter dificuldade para estudar/trabalhar e deixar de dormir ou dormir mal por causa dos dentes, foi referenciada por menos de 50% dos indivíduos, indicando um baixo impacto na vida diária dos idosos investigados. Na literatura, foi encontrado resultado semelhante em um estudo de Bittencourt, Abegg e Fontanive (2013) que revelou que a atividade diária mais afetada por problemas de saúde bucal em 720 indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre – RS foi o hábito de comer em 36,8% dos entrevistados.

O edentulismo afeta, além dos aspectos funcionais de capacidade mastigatória, a ingestão de alimentos, a absorção de nutrientes e o desempenho da fala. A fonação dificulta a convivência dos idosos, trazendo impactos sociais para suas vidas, levando-os ao isolamento e exclusão. Além disso, a dificuldade de sorrir e falar trazem impactos para a autoimagem e a beleza dentro dos padrões esperados para a idade (Sheiham *et al.*, 2001).

Na contramão, a autopercepção positiva do idoso sobre a saúde bucal influencia na baixa busca por serviços odontológicos, no autocuidado e na percepção impacto positivo das atividades na vida diária, já que os idosos, muitas vezes, não se percebem com necessidades de cuidados bucais e por isso não procuram atendimento odontológico, especialmente nas regiões mais pobres que dependem mais do SUS (Nogueira *et al.*, 2017).

Entre as atividades diárias, apenas a dificuldade para praticar esportes (RP= 1,14; IC_{95%} = 1,07-1,22) e a dificuldade para dormir (RP = 1,15; IC_{95%} = 1,02-1,29) apresentaram significância estatística quando associadas com a perda de 13 ou mais unidades dentárias. No entanto, esses resultados devem ser analisados com cautela, pois não há como mensurar se a dificuldade de praticar esportes foi, de fato, motivado pela dor de dente ou pela falta de oportunidade em praticá-los, já que essas comunidades se localizam na zona rural, distantes da sede do município. Também não há como inferir se a dificuldade para dormir somou-se a outros fatores como, por exemplo, outros problemas de saúde que também afetam o sono.

O impacto da perda dentária no desempenho de atividades diárias apresentou resultados semelhantes em um estudo realizado por Silva *et al.* (2007) em 100 indivíduos entre 16 e 76 anos atendidos em uma clínica escola da Universidade Federal de Pernambuco, em que a atividade que demonstrou maior impacto foi a dificuldade para mastigar e saborear os

alimentos, enquanto a de menor impacto foi a de realizar atividades físicas (trabalhar, fazer serviços de casa, praticar esportes, andar, correr ou brincar).

Por se tratar de um estudo de uma população quilombola residente nas localidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, não é possível estender seus resultados para o conjunto da população idosa quilombola do município de Vitória da Conquista – BA. Sendo assim, faz-se necessário que mais estudos com essa temática sejam realizados no município.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado nos idosos quilombolas de São Joaquim de Paulo e Barrocas foi predominantemente de mulheres, na faixa etária até 70 anos, sendo a maioria composta por pretos(as) e pardos(as) com baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, composta por uma alta prevalência de perda dentária, porém com escassa procura e/ou acesso aos serviços odontológicos. Apesar disso, os idosos investigados avaliaram sua saúde bucal como boa e/ou muito boa e com baixo impacto negativo nas atividades de vida diária.

Dentre os fatores de risco associados a perda de 13 ou mais unidades dentárias, foi observada significância estatística com as variáveis faixa etária, hábito de ingerir bebida alcoólica, ausência de escovação diária, ausência de uso do creme dental, ausência de atendimento odontológico no último ano, dificuldade para praticar esportes e para dormir como impactos negativos das condições de vida diária.

Considerando a relevância da temática com a população estudada, os resultados apontam para a necessidade de uma maior atenção com a saúde bucal de idosos quilombolas a fim de buscar estratégias para nortear o planejamento de ações de promoção, assistência e reabilitação, auxiliando na melhoria da condição de saúde dessas pessoas. Cabe ressaltar a necessidade da complementaridade do presente estudo, objetivando contemplar a população quilombola idosa residente em todo o município de Vitória da Conquista – BA.

Por fim, a escassez de pesquisas sobre a saúde bucal de idosos quilombolas no cenário nacional ressalta a importância dos resultados observados neste estudo. Isto é, por meio do trabalho desenvolvido na vigente pesquisa, pretende-se auxiliar na discussão quanto à saúde bucal da comunidade quilombola, enfatizando a necessidade de políticas públicas que contemplem o cuidado dessa população muitas vezes invisibilizada ao longo de sua história.

REFERÊNCIAS

- ADULYANON, S. SHEIHAM, A. **Oral Impacts on Daily Performances**. In: Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 151-160.
- AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L. C.; SILVEIRA, J. L. G. C. **Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos**. *Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara.*, p. 74 - 79, mar, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/L6kxDzd6hNwNWSRNL9ZLHdD/?format=pdf&lang=p>> . Acesso em: 09 abr. 2022.
- ALLEN, P.F. **Assessment of oral health related quality of life**. *Health and Quality of Life Outcomes*. P.1-40, set., 2003. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-40#citeas>>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- ALMEIDA, C. B. L.; BLAT, K. **Saúde Oral**. In: TOMMASO, A. B. G.; MORAES, N. S.; CRUZ, E. C.; KAIRALLA, M.C.; CENDOROGLO, M.S. *Geriatría- guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- ALMEIDA, M. E. L. **Envelhecimento e bucalidade: suas múltiplas dimensões**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2003.
- AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R.A.A.; GESTINARI, R. S.; FIGUEIREDO, T.B. **Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil**. *Bioscience Journal, Uberlândia*, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, july/aug, 2013.
- ARAÚJO, R. L. M. S; ARAÚJO, E. M; MIRANDA, S. S; CHAVES, J. N. T; ARAÚJO, J.A. **Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido baiano, em 2016**. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 2020.
- BARRETO, M.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BARBOSA, M.B.; PEREIRA, C.V.; CRUZ, D,T.; LEITE, I,C,G. **Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 125-135.
- BARROS, L.M.; GOUVÊA, M.G.; REIS, I.S.M.; BUERIS, J.C.; PEREIRA, L.L.; SILVA, R.B.V. **Ocorrência de doença periodontal, cárie e perda dentária em tabagistas pacientes de uma clínica-escola de Odontologia no sul do estado de Minas Gerais: estudo caso-control**. *RFO, Passo Fundo*, v. 21, n. 3, p. 414-419, set./dez. 2016.
- BATISTA, M. J; LAWRENCE, H.P.; SOUSA, M.R.L. **Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9):2825-2835, Rio de Janeiro, 2015.
- BEZERRA, V. M. *et al.* **Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, p. 1835-1847, 2014.

BITENCOURT, F. V.; CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C. **Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 169 - 180, 2019.

BITTENCOURT, V.; ABEGG, C.; FONTANIVE, V.N. **O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS**. *RFO*, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2013.

BORTOLI, F. R.; MOREIRA, M. A.; MORETTI-PIRES, R. O.; BOTAZZO, C.; KOVALESKI, D. F. **Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, p.533-544, 2017.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec, 2000.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. **Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888**. Declara extinta a escravidão no Brasil. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.353%2C%20DE%2013,Art>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. **Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 10 nov. 2023.

_____. **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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 10 nov. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>. Acesso em: 09 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2020 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Vigência 2021- 2022) Projeto Técnico**. Brasília, 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2ª ed. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de Prevalência de Fumantes Regulares de Cigarro**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d21c.htm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado de pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil vigência 2021-2022**. Resultados preliminares. Brasília, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20221216_I_mod2resultadospreliminaresBrasilia_monsitecompressed_288277690346345359.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2023.

- BITENCOURT, V.; ABEGG, C.; FONTANIVE, V.N. **O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS.** Rev. Fac. Odontol. Passo Fundo. Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2013.
- BULGARELI, J.V.; FARIA, E.T.; CORTELAZZI, K.L.; GUERRA, L.M.; MENEZES, M.C.; AMBROSANO, G.M.B.; FRIAS, A.C.; PEREIRA, A.C. **Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos.** Rev. Saúde Pública. São Paulo. 2018;52:44.
- BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. **Percepção de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, p. 97 - 107, 2012.
- CAMPOS, G. W. S. **Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS.** Saúde e Sociedade. São Paulo, p.23-33, maio/ago, 2006.
- CARDOS, M.C.A.F.; BUJES, R.V. **A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos.** Estud. Interdiscipl. Envelhec., Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 53-67, 2010.
- CHAGAS, A.M.; ROCHA, E.D. **Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso.** Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 94-6, jan./jun. 2012.
- CHRISTO, D. C.; ANJOS, J. C. G. **Relações raciais na comunidade quilombola Macaco Branco: resistência negra em meio a conflitos territoriais e ontológicos.** Amazônica - Revista de Antropologia. Belém, p. 395 - 417, 2020.
- COLUSSI, C. F.; PATEL, F. S. **Uso e necessidade de prótese dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios.** Saúde & Transformação Social / Health & Social Change. Florianópolis, p.41 - 48, 2016.
- COOPER, L.F. **The current and future treatment of edentulism.** J. of Prosthodontics. 2009;18(2):116-22.
- COUTINHO, R. F. **Uma boa saúde geral do idoso passa pela boca.** Rev. Portal Divulg, São Paulo, p. 12 - 13, 2011.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - DIEESE. **Perfil das pessoas com 60 anos ou mais.** Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/outraspublicações/2021/graficoPerfil60AnosMais.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2022>.
- DOMINGOS, P. A. S.; MORATELLI, R. C.; OLIVEIRA, A. L. B. M. **Atenção odontológica integral ao idoso: uma abordagem holística.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo, p. 143-153, maio/ago, 2011.
- DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. **Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde.** Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, 2019.
- DUTRA, M. C.; RIBEIRO, R. S.; PINHEIRO, S. B.; MELO, G. F.; CARVALHO, G. A. **Accuracy and reliability of the Pfeffer Questionnaire for the Brazilian elderly**

- population. Dementia Neuropsychologia.** São Paulo, 9 (2), p. 176-183, abr/jun, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/bYXNynnZ5gqHmCdKDWpCMGj/?lang=en>>. Acesso em: 09 abr., 2022.
- FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; MARQUES, A. S.; HERNÁNDE, C. I. V.; ANTUNES, S. L. N. O. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** Rev. CEFAC. São Paulo, p. 937-943, set/out, 2011.
- FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I.L.A.; SILVA, I.F.S.; NOGUEIRA, L.M.V. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira.** Rev. Cuid. 2018; 9(2): 2187-200.
- FREITAS JUNIOR, A.C.; ALMEIDA, E.O.; ANTENUCCI, R.M.F.; GALLO, A.K.G.; & SILVA, E.M.M. **Envelhecimento do aparelho estomatognático: alterações fisiológicas e anatômicas.** Rev. de Odontol. Araçatuba, 2008, Vol. 29(1), 47-52.
- FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs).** Disponível em: <<https://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-ba-22042021.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2021.
- FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS & HELPAGE INTERNATIONAL. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio.** Nova York; Londres, 2012.
- GOMES, A. S. **Avaliação do impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre.** Orientador: Profª Dra. Claides Abegg. 119 p. Dissertação (Mestrado) – Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7272/000497699.pdf?sequence=1&isAll0%20wed=y>>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 1829-1842, set., 2013.
- GONTIJO, C.C. **Estrutura e ancestralidade genética de populações afro derivadas brasileiras.** Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília, 2019.
- GRAÇA, C. C. **Saúde bucal de adultos e idosos: situação epidemiológica e estudo da associação com a percepção sobre a qualidade de vida.** Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.
- GRANJEIRO, M.A.F.; NEVES, S.F.S.A.; ALMEIDA, D.R.M.F.; SAMPAIO, J.R.F. **Análise quantitativa do perfil epidemiológico em saúde bucal de uma comunidade quilombola de um município de pequeno porte do estado do Ceará, através da utilização do E-SUS atenção básica.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.6, p. 57911-57927 jun. 2021.
- HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. **Perda dentária e a imagem do cirurgião dentista em um grupo de idosos.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, p. 1051-1056, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Primeiros Resultados de População do Censo Demográfico 2022**. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Populacao_e_domicilios_Primeiros_resultados/POP2022_Municipios_Primeiros_Resultados.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010 – 2060**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2023.

ISHIKAWA, S.; KONTA, T.; SUSA, S.; KITABATAKE, K.; ISHIZAWA, K.; TOGASHI, H.; TSUYA, A.; UENO, Y.; KUBOTA, I.; YAMASHITA, H.; KAYAMA, T.; IINO, M. **Risk factors for tooth loss in community-dwelling Japanese aged 40 years and older: the Yamagata (Takahata) study**. *Clinical Oral Investigations*, 2018.

KASSOUF, A. L. *Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil*. *Rev. Econ. e Sociol. Rural*. Brasília, p. 29-44, 2005.

KREVE, S.; ANZOLIN, D. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso**. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (Nº Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”). São Paulo, p. 45-59, 2016.

LAGUZZI, P.N.; SCHUCH, H.S.; MEDINA, L.D.; AMORES, A.R.; DEMARCO, F.F.; LORENZO, S. **Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay**. *Journal of Public Health Dentistry*, 76 (2016) 146-151.

LANDIM, J.R.; NETA, M.C.A.F.; MARTINS, M.C.A.; NUTO, S.A.S.; BRAGA, J.U. **Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda**. *Rev. Fac. Odontol. Passo Fundo*. Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 75-82, jan./abr. 2013.

LEAL, I.; MONTENEGRO, F. **Para ter um sorriso maduro**. *Saúde Especial*. São Paulo, v. 2, n. 1, 2004.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001**. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, p. 100-107, 2005.

LEITE, I. B. **O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais**. *Rev. Estudos Feministas*. Florianópolis, p. 424, set/dez, 2008.

LEITE, R.A.; VESPÚCIO, M.V.O.; AZENHA, M.R.; CAMPOS, A.A.; LACERDA, S.A. **Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não**

institucionalizados de Franca, São Paulo: realidade e necessidade de reabilitação oral. Rev. Pós Grad., 2012;19(2):57-63.

LIMA, I. A. B.; SOUZA, L. A.; GARCIA, L. G.; SILVA NETO, L. S.; MACIEL, E. S. **Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática.** Com. Ciências Saúde. Brasília, p. 29-38, 2021.

LOPES, E.N.R.; SILVA, G.R.; RESENDE, C.C.D.; DIETRICH, E. COSTA, M.D.M.A.; DIETRICH, L. **Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatrics.** Research Society and Development, v. 10, n. 1, e45810111730, 2021.

LOURENÇO, R. A; SANCHEZ, M. A. S; PEREZ, M. **Instrumentos de rastreio da incapacidade funcional: Uma proposta de uso racional.** In: FREITAS, E.V; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Apêndice. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MAIA, F. B. M. **Fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte no Nordeste do Brasil.** Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p.44. 2015. Disponível em <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8865/2/arquivo%20total.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2023.

MAIA, L.C.; COSTA, S.M.; MARTELLI, D.R.B.; CALDEIRA, A.P. **Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social?** Rev. Bioét. vol.28(1): 173-81. Brasília Jan./Mar. 2020.

MARQUES, A. S.; CALDEIRA, A. P.; SOUZA, L. R.; ZUCCHI, P.; CARDOSO, W. D. A. **População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde.** BIS: Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, p. 154-61, 2010.

MARTINS *et al.* **Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, p. 2113-2126, 2020.

MATOS, E. M. O.; OLIVEIRA, C. C. S.; SOUZA, T. F. S.; NASCIMENTO, M. C.; SOUZA, T. G. S. **A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 3, n. 3, p.4383-4395 mai/jun, 2020.

MEDEIROS, S. L.; PONTES, M. P. B.; MAGALHÃES JR., H. V. **Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, p. 807-817, 2014.

MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. **Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal?** Arq. Med. São Paulo, p. 67-74, 2005.

MENDES, R. A. P. R. **Reabilitação oral em pacientes idosos.** Tese (Doutorado). Instituto Universitário em Medicina Dentária. Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal, 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.329-335, 2017.

MIRANDA, A.B.S.; LIMA, C.M.; FARIA, J.C.B.; MENDONÇA, B.P.N.; BRAGA, L.C.; LEITE, F.P.P.; MELO, L.A. **Fatores associados ao não uso da prótese total inferior e seu impacto em idosos brasileiros.** Rev. Ciência Plural. Natal, 2021; 7(3):220-234.

MIRANDA, L.P.; OLIVEIRA, T.L.; QUEIROZ, P.S.F.; OLIVEIRA, P.S.D.; FAGUNDES, L.S.; NETO, J.F.R. **Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2020;23(2):e200146.

MIRANDA, L.P.; SILVEIRA, M.F.; MIRANDA, L.P.; BONAN, P.R.F. **Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2011; 14(2):251-269

MOIMAZ, S. A. S.; OKAMURA, A. Q. C.; NAYME, J. G. R.; CECÍLIO, L. P. P.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, T. A.; SALIBA, N. A. **Organização da atenção odontológica no município: estudo de caso.** Arch Health Invest. Araçatuba, p. 371-376, 2017.

MONSE, B. *et al.* **PUFA - an index of clinical consequences of untreated dental caries.** **Community Dent Oral Epidemiol.** V. 38, n. 1, p. 77-82, fev, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20002630/>>. Acesso em: 09 abr., 2022.

MORAES, T.G.; ARANTES, D.C.; NASCIMENTO, L.S.; CORREA, A.M. **Prevalência de doença periodontal em mulheres menopausadas atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.** *Reprod. Clim.*, 2013; 28(2):61-67.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, p. 1665-1675, nov/dez, 2005.

NARVAI, P. C. **As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades.** *Entrevista.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/as-bocas-de-nossa-gente-refletem-nossas-iniquidades#:~:text=Narvai%20tamb%C3%A9m%20foi%20relator%20geral,%20nossas%20iniquidades%E2%80%9D%20destaca>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

NARVAI, P. C. **Há metas em saúde bucal para 2010?** Disponível em: <<https://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/capel/artcapel51.htm#:~:text=Nesta%20reuni%C3%A3o%20a%20WHO%20prop%C3%B4s,%20c%C3%A1rie%20ou%20doen%C3%A7a%20periodontal%3B%20na>>. Acesso em: 09 ago., 2023.

NOGUEIRA, C.M.R.; FALCÃO, L.M.N.; NUTO, S.A.S.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA MEYER, A.P.G.F. **Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 7-19.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde-SUS.** *In: GIOVANELLA, L. S. E.; LOBATO, L. V. C. L. Políticas e sistemas de saúde no Brasil.*

- OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra, Brasil, ano 2001**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2002.
- OLIVEIRA, N.R.; PORTO, E.F. **Perfil sociodemográfico, de saúde e hábitos de estilo de vida de idosos longevos de um município do interior da Bahia**. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e33810312839, 2021.
- OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro, Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Vol. 3, p. 143-182, 2013.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- PAIM, J. S. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 15-28, dez, 2019.
- PEDRO, W. J. A. **Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, p. 09-32, 2013.
- PEREIRA, R. H. M.; CARVALHO, C. H. R.; SOUZA, P. H. G. F; CAMARANO, A. A. **Envelhecimento populacional, gratuidades no transporte público e seus efeitos sobre as tarifas na Região Metropolitana de São Paulo**. Revista Brasileira de Estudos de População. Rio de Janeiro, v. 32, n.1, p. 101-120, jan/abr, 2015.
- PILOTTO, L. M. *et al.* **Factor analysis of two versions of the Oral Impacts on Daily Performance scale**. Eur J Oral Sci. Copenhagen, v. 124, n. 3, p. 272-278, jun., 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935779/>>. Acesso em: 09 abr., 2022.
- PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):687-707, 2002.
- PIRES, C. L. Z.; DOBAL, W. L. M. **O tambor e o território na educação escolar quilombola**. Terr@Plural. Ponta Grossa, v.11, n.1, p. 93-107, jan/jun, 2017.
- PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. **Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.273-284, 2015.
- RODRIGUES, W. P.; GONÇALVES, P. D.. **Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas**. Scire Salutis, v.9, n.1, p.30-36, 2019.
- RONCALLI, A. G. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, jan., 2011.
- PUCCA JR, G.A. **A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos**. Medcenter, 2000.

- SANDES, L.F.F.; FREITAS, D.A.; SOUZA, M.F.N.S. **Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil.** Cad. Saúde Colet., 2018, Rio de Janeiro, 26 (4): 425-431.
- SANTILLO, P.M.H.; GUSMÃO, E.S.; MOURA, C.; SOARES, R.S.C.; CIMÕES, R. **Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):581-590, Rio de Janeiro, 2014.
- SANTOS, M.M.; VILELA, A.B.A.; CASOTTI, C.A.; MEIRA, S.S. **Autopercepção e condições de saúde bucal de idosos em uma cidade do nordeste brasileiro.** Rev. Eletrônica Acervo Saúde, 2014. Vol.6(2), 589-597.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos e sociais.** Estudos de Psicologia. Campinas, ano 25, n. 4. 2008.
- SEERIG, L.M.; NASCIMENTO, G.G.; PERES, M.A.; HORTA, B.L.; DEMARCO, F.F. **Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis.** J. of Dentistry. 43 (2015) 1051–1059.
- SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A.W. **Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain.** Community Dent. Oral Epidemiol. 2001 Jun;29(3):195-203.
- SILVA, D. D.; HELD, R. B.; TORRES, S. V. S.; SOUSA, M. L. R.; NERI, A. L.; ANTUNES, J.L.F. **Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, p. 1145-11, 2011.
- SILVA, L. R. F. **Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento.** História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan/mar, 2008.
- SILVA, M. E. A; ROSA, P. C. F; NEVES, A. C. C; RODE, S. M. **Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil.** Braz. Dent. Sci. São José dos Campos, p. 62-66, jul/dez, 2011.
- SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. **Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010.
- SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. **Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2001. 35(4): 349-55.
- SILVA, P.V.; SANTANA, S.R.F.; ALMEIDA, E.C.B.; ARAÚJO, A.C.S.; CIMÕES, R.; GUSMÃO, E.S. **Impacto do número de dentes no desempenho de atividades diárias.** RFO, v. 12, n. 3, p. 13-17, setembro/dezembro 2007.
- SIMÕES, A. C. A.; CARVALHO, D. M. **A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, p. 2975-2982, 2011.
- SOUSA, N.F.S.; LIMA, M.G.; CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A. **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2018; 34(11).

SOUZA, N.D.D.; SILVA, P.R.O.; SOUZA, J.C. **Saúde da pessoa idosa quilombola e vulnerabilidade socioeconômica.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.5, n.1, p. 1836-1842 jan./fev. 2022.

SLADE, G.D. **Derivation and validation of a short form oral health impact profile.** Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25: 284-90.

TAKEMOTO, M.; WERLANG, F.; ZENI, E. **Odontologia do trabalho - uma real necessidade.** Revista Científica Tecnológica. V.4, n.1, 2016.

TAVARES, F.; CAROSO, C.; BASSI, F.; PENAFORTE, T.; MORAIS, F. **Conhecendo os territórios quilombolas.** In: Fazer e saberes terapêuticos quilombolas em Cachoeira-Bahia. 2ª ed. Salvador: EDUFBA, 2019.

TAVARES, R. P.; COSTA, G. P.; FALCÃO, M. L. M.; CRISTINO, P.S. **A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out/dez, 2013.

TINÓS, A. M. F. G.; PERES, S. H. C. S.; RODRIGUES, L. C. R. **Acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal: uma revisão.** Rev. Facul. Odontol. Univ. Passo Fundo. Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 351-360, set/dez, 2013.

TORRES, S. V. S.; SBEGUE, A.; COSTA, S. C. B. **A importância do diagnóstico de câncer bucal em idosos.** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, p. 57-62, jan/mar, 2016.

UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C. P.; FILHO, L. D. P. **Autopercepção da perda de dentes em idosos.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. V.10, n.19, p.217-26, jan/jun 2006.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. **Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez, 2013.

VIRTUOSO JR.,J.S.; GUERRA, R.O. **Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda.** Rev. Assoc. Med. Bras., 2008; 54(5): 430-5.

ZANK, S; ÁVILA, J. V. C.; HANAZAKI, N. **Compreendendo a relação entre saúde do ambiente e saúde humana em comunidades Quilombolas de Santa Catarina.** Rev. Bras. Pl. Med. Campinas, v.18, n.1, p.157-167, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA DO CONSELHO DAS ASSOCIAÇÕES QUILOMBOLAS
DO TERRITÓRIO DO SUDOESTE BAIANO

DECLARAÇÃO

Eu, Robélia Alves Rocha Mota, na qualidade de secretária do Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano, na ausência do presidente Domingos Lemos Silva, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **"PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA- BAHIA"**, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **"GABRIELA BARRETO/ EQUIPE"**. Atesto que a pesquisadora me apresentou o esboço de seu projeto de pesquisa, dirimindo todas as dúvidas para que eu pudesse compreender o passo a passo do trabalho que será executado. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa para o referido projeto.

Vitória da Conquista, 01 de abril de 2022.



Robélia Alves Rocha Mota

Secretária do Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



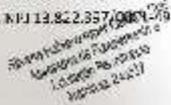
PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
Secretaria de Saúde
www.vitoria.ba.gov.br

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS
E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Eu, Silvana Hohenweger Galdino Dias, no cargo de Assessora de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa "Perfil de saúde bucal de idosos quilombolas do município de Vitória da Conquista - Bahia", do pesquisador Gabriel Barreto Ribeiro que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Vitória da Conquista, 25 de maio de 2022


Silvana Hohenweger Galdino Dias MA¹ - 245537
 Assessora de Planejamento e Educação Permanente
 Secretaria Municipal de Saúde
 CNPJ 13.822.357/0001-079



Rua Diná Filippi, 2903, Torre Universidade (Estado para L. 1.941)
Fone: (75) 3423.3412
CEP: 45061-001 - Vitória da Conquista - Bahia
E-mail: de.farmacologia@saude.vitoria.ba.gov.br
psl@vitoria.ba.gov.br



**PREFEITURA
VITÓRIA DA
CONQUISTA**
Cidade Maravilhosa

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA- BAHIA”

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: **“PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA- BAHIA”**, cuja pesquisadora responsável é Gabriela Barreto. Este trabalho tem o objetivo de conhecer melhor o perfil de saúde bucal de idosos quilombolas atendidos pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, identificando os casos de cárie dentária nesta população, o uso e necessidade de prótese dentária (dentadura), a condição da gengiva e a presença/ de feridas na boca, além de conhecer os aspectos socioeconômicos, hábitos de higiene bucal, rotina de alimentação e acesso aos serviços de saúde bucal no município de Vitória da Conquista – BA.

A realização deste estudo se justifica pela falta de estudos realizados sobre este tema e com este público na região Sudoeste da Bahia.

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo por se enquadrar no perfil que será pesquisado: idosos de 60 anos ou mais, residentes nas comunidades quilombolas de Barrocas ou São Joaquim de Paulo, atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal.

Como sua participação é voluntária, você está livre para aceitar participar ou não. E, mesmo depois de ter aceitado, você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso aceite participar, vamos precisar que você responda algumas perguntas. E depois faremos um exame em sua boca. O exame vai ser feito na sua residência, com todo cuidado, segurança e higiene. É um exame simples.

A entrevista e o exame da boca terão duração máxima de 60 minutos.

O seu nome não aparecerá no trabalho. Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo, confidencialidade e privacidade em relação aos dados extraídos. Garantimos que suas informações não serão utilizadas em prejuízo de sua autoestima e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Os dados serão coletados de forma digital e farão parte do banco de dados da pesquisa. Eles ficarão no computador da pesquisadora responsável sob sua guarda e responsabilidade e somente serão acessados por ela, pelos pesquisadores assistentes e equipe de pesquisa por meio do uso de senha por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período, os dados serão apagados do computador.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano decorrente desta pesquisa, você terá direito a assistência integral, imediata e de forma gratuita, pelo tempo que precisar.

Em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa, o (a) sr (sra) tem direito a buscar indenização desses danos.

O(A) Sr(a) não terá despesas ao participar da pesquisa. Caso haja alguma despesa, garantimos o ressarcimento do que foi gasto.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido, tendo direito a qualquer procedimento que seja ofertado pelo serviço.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipo e gradações variados. No caso desta pesquisa, o (a) Sr(a) poderá sentir algum tipo de constrangimento no momento do exame ou da entrevista. Por isso solicitamos que o (a) Sr(a) esteja sozinho(a) com os pesquisadores, se possível, em um local reservado do seu domicílio, para garantir a confidencialidade das respostas e evitar qualquer dano emocional, moral, social ou cultural.

Devido a situação de pandemia que se tem vivido e por se tratar de uma pesquisa com entrevista e exame clínico presencial, riscos relacionados ao contágio da COVID-19 podem ser encontrados. Por esta razão medidas preventivas serão adotadas para se evitar esses riscos. Os participantes estarão de máscara durante o processo de entrevista enquanto a equipe de pesquisa fará uso de máscara PFF2 juntamente com o Face Shield, além de jaleco descartável gramatura 40, gorro, óculos de proteção e luvas de procedimento no momento da realização do exame bucal. A entrevista acontecerá no seu domicílio, buscando-se o local mais ventilado e arejado possível, com todas as portas e janelas abertas.

Ainda para a segurança dos participantes os pesquisadores disponibilizarão o álcool em gel a 70% durante a entrevista, que prosseguirá com um distanciamento de um metro entre entrevistador e entrevistado. Para se evitar o vazamento de dados dos participantes, somente o

pesquisador responsável, pesquisadores assistentes e equipe de pesquisa terão acesso aos dados da entrevista.

A fim de minimizar os riscos, logo após o exame físico intraoral, o material contaminado utilizado será colocado em uma caixa organizadora fechada e transportada até a USF Capinal para a imediata lavagem e esterilização.

O material biológico também será colocado em uma caixa organizadora fechada e transportada até a USF Capinal para o devido descarte.

Espera-se que este trabalho traga benefícios no sentido de traçar o perfil de saúde bucal desta população e, a partir disso, sejam fornecidas informações que ajudem no planejamento de ações individuais e coletivas, visando melhorar a qualidade de vida deste público por meio da implementação de políticas públicas de saúde e da melhoria na qualidade do atendimento odontológico prestado. A partir deste estudo, o(a) Sr(a) será encaminhado para o atendimento odontológico adequado para seu caso, ofertado pelo Sistema Único de Saúde. Isto trará benefícios para sua saúde bucal e geral.

Além disso, espera-se que a partir deste estudo pioneiro o desenvolvimento de outras pesquisas no município de Vitória da Conquista com este tema seja estimulado.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Gabriela Barreto a qualquer momento para informação adicional no endereço: Unidade de Saúde da Família do Capinal, localizada à rodovia BA-262 (Vitória da Conquista x Itambé), Km 24; Telefone para contato (77) 98128-3129; email: gabyb89@hotmail.com.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores dessa pesquisa. Se eles estão respeitando os participantes voluntários, os que colaboram, como você. Para isso existem *os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, o CEP*. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos voluntários. Uma pesquisa que respeita voluntário como ser humano é ética.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/ UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se achar necessário. O CEP/UEFS fica localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana – Av. Transnordestina, S/N – Bairro Novo Horizonte, Módulo 1 – MA 17, Feira de Santana- BA, telefone (75)3161-8124, e-mail: cep@uefs.br. O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 13:30 às 17:30.

Os resultados desta pesquisa serão publicados em artigo científico após serem apresentados à banca examinadora do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da UEFS, para a obtenção do título de mestre nessa instituição.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto as com assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a). e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Vitória da Conquista, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas

_____ (Participante)

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE D – ARTIGO

PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA

Gabriela Barreto

Cláudia Cerqueira Graça Carneiro

RESUMO: O envelhecimento da população é um assunto que tem se destacado a partir das mudanças observadas no mundo contemporâneo, trazendo novos hábitos, crenças e termos que caracterizam este período importante da vida. Pouco se sabe sobre a relação da população idosa quilombola com o uso dos serviços de saúde bucal, suas condições de acesso e os problemas bucais enfrentados por essas comunidades. O objetivo deste trabalho foi estudar as condições de saúde bucal, relacionando-as com as perdas dentárias nessa população, bem como identificar a prevalência de cárie dentária e do uso e necessidade de próteses dentárias apresentadas pela população de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, em Vitória da Conquista-BA, descrevendo os aspectos sociodemográficos, econômicos, condições de saúde geral, hábitos de vida, hábitos de higiene bucal, morbidade bucal referida e o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal da população do estudo, além da autopercepção de saúde bucal e seu impacto na vida diária desses idosos. Foi realizado um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais, residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, por meio de entrevistas e exame clínico. Os resultados encontrados mostram uma população composta em sua maioria por mulheres e idade entre 60 e 70 anos, preto(as) e pardos(as), de baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, alta prevalência de perda dentária, baixa procura e/ou acesso ao atendimento odontológico, autoavaliação de saúde bucal boa e/ou muito boa e baixo impacto negativo nas atividades diárias. Considerando a relevância da temática, os resultados apontam para a necessidade de uma maior atenção com a saúde bucal de idosos quilombolas, a fim de buscar estratégias para nortear o planejamento de ações de promoção, assistência e reabilitação, auxiliando na melhoria da condição de saúde da população investigada.

Palavras-chave: Idosos. Quilombolas. Saúde bucal.

ABSTRACT:

The aging of the population is a subject that has stood out from the changes observed in the contemporary world, which bring new habits, beliefs and terms that characterize this important period of life. There is a little understanding about the relationship of the elderly quilombola population with the use of oral health services, their access conditions and the oral problems faced by these communities. The aim of this study was to study oral health conditions, relating them to tooth loss in this population as well as to identify the prevalence of tooth decay and the use and need for dental prostheses presented by the quilombola elderly population living in the communities of Barrocas and São Joaquim de Paulo, in Vitória da Conquista- BA, describing the socioemographic and economic aspects, general health conditions, lifestyle habits, oral hygiene habits, reported oral morbidity and access to and use of oral health services of the study population, in addition to self perception of oral health and its impact on the daily lives of these

elderly people. A cross-sectional, descriptive, population-based study was carried out, which evaluated the oral health situation of 140 elderly people aged 60 years or older, living in two quilombola locations served by the Family Health Unity of Capinal, through interviews and clinical examination. The results found were from a population composed mostly of women, aged between 60 and 70 years, black and brown skin, low-income, low level of education, with an average, 26,84 teeth affected by caries, high prevalence of tooth loss, low demand and/or access to dental care, self-assessed good and/or very good oral health, and low negative impact on daily activities. Considering the relevance of the theme, the results point to the need for greater attention to the oral health of elderly quilombola people, in order to seek strategies to guide the planning of promotion, assistance and rehabilitation actions, helping to improve the health condition of the community. investigated population.

Key words: Elderly; Quilombola communities; Oral health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um assunto que tem se destacado a partir das mudanças observadas no mundo contemporâneo, trazendo novos hábitos, crenças e termos que caracterizam este período importante da vida. As representações tradicionais que associavam os momentos mais tardios da vida ao descanso e à inatividade, dão lugar a práticas ligadas à atividade, aprendizagem, cuidados com a saúde, satisfação pessoal e vínculos interpessoais (Silva, 2008).

Neste cenário, cabe ressaltar os cuidados com a saúde geral e com a saúde bucal como indispensáveis para que a população envelheça com qualidade de vida e, para isso, é necessário que o Sistema Único de Saúde esteja preparado para o acolhimento, cuidado e acompanhamento das pessoas com 60 anos e mais. Entretanto, o que se sabe é que o acesso ao serviço de saúde ainda se constitui numa barreira para a população, que sofre com a escassez de recursos (Tinós; Peres; Rodrigues, 2013).

Sob a ótica da saúde bucal, segundo dados do estudo populacional Saúde Bucal Brasil (SB Brasil, 2010) a população idosa apresentou condições bucais precárias principalmente relacionadas ao edentulismo, que aparece como maior prevalência nesta faixa etária, e segundo Martins *et al.*, (2020), esta condição está diretamente influenciada pelos determinantes sócio-econômico-culturais próprios do contexto da vida dos idosos, que tem contribuído para o aprofundamento das desigualdades em saúde.

Somada a essa equação, pouco se sabe sobre a relação da população quilombola, em especial, da população idosa quilombola com o uso dos serviços de saúde/ saúde bucal e quais são as suas condições de acesso e os problemas bucais enfrentados por essas comunidades (Gomes *et al.*, 2013). O que se sabe é que, historicamente, a população quilombola tem

enfrentado problemas que dificultam as ações de saúde, o acesso, e o cuidado, e que, quando se pretende articular ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde / saúde bucal, além do reconhecimento dos problemas existentes, deve-se levar em consideração suas características culturais, que determinam a maneira como essa população compreende sua condição de vida e/ ou saúde (Tinós; Peres; Rodrigues, 2013).

A autopercepção da saúde/ saúde bucal é tida como um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas. Portanto, os valores, sentidos e significados contidos na sociedade são refletidos sob a forma de autopercepção do sujeito coletivo e que não devem ser desconsiderados quando se pensa em promover saúde (Graça, 2009).

O objetivo deste trabalho foi estudar as condições de saúde bucal, bem como os aspectos socioeconômicos e demográficos, condições de saúde geral, hábitos de vida, morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal, uso e necessidade de próteses, autoavaliação de saúde bucal e impacto da condição de saúde bucal na vida diária de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, em Vitória da Conquista – BA. Sua execução se justifica pela escassez de estudos realizados sobre este tema e com este público na região Sudoeste da Bahia.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, na zona rural do Município de Vitória da Conquista, Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas).

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: população idosa, quilombola, na faixa etária de 60 anos ou mais residentes nas localidades descritas anteriormente, e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo indivíduos fora da faixa etária estabelecida, com algum grau de dependência mental, cognitiva, psicológica ou física que os tornassem incapazes de compreender e responder às questões propostas, impossibilitados de participar do exame bucal, e/ou participantes juridicamente incapazes e/ou acamados, além daqueles que não consentiram voluntariamente em participar da pesquisa.

A coleta dos dados populacionais foi realizada mediante o preenchimento de um questionário estruturado com o auxílio de um tablet Samsung Galaxy Tab A 2017 utilizando o programa *Kobo Toolbox*® (aplicativo *KoboCollect* v1.23.3k), onde os dados foram

armazenados e tabulados com senha, e por meio do exame bucal clínico. Esses dados foram coletados pela pesquisadora e registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde das áreas estudadas e Auxiliar de Saúde Bucal da Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família do Capinal, todos devidamente calibrados.

O instrumento de pesquisa foi composto por questões fechadas compreendendo informações socioeconômicas (data de nascimento, sexo, estado civil, grau de escolaridade, número de moradores do domicílio, renda mensal individual e familiar, cor ou raça/ etnia), informações sobre a saúde e os hábitos gerais dos indivíduos (existência de doenças sistêmicas, hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica, hábitos de higiene oral), e informações sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos (procura de atendimento, frequência da procura, motivo), além de questões para a avaliação da autopercepção de saúde bucal, da necessidade de tratamento autopercebida e do impacto da saúde bucal nas atividades diárias.

A coleta ocorreu durante os meses de novembro de 2022 a fevereiro de 2023, com a aplicação do questionário e a realização do exame físico intraoral para avaliar cárie dentária (coronária e radicular), uso, condição e necessidade de próteses e perda dentária, seguindo os critérios do levantamento epidemiológico nacional, Saúde Bucal Brasil – projeto técnico, publicado em 2021. Para a realização dos exames físicos introrais foram obedecidas as normas de biossegurança, e ao final de cada exame realizado, foi entregue aos participantes um relatório descrevendo as condições de saúde bucal e necessidades de tratamento observadas, com os encaminhamentos adequados para as unidades de serviço odontológico público, do município onde a pesquisa foi realizada.

Para análise descritiva dos dados foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo, com o objetivo de definir o perfil epidemiológico de saúde bucal dos idosos quilombolas, com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão IBM SPSS Statistics 22 (*Statistical Package for the Social Sciences* /SPSS). Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

O projeto foi apresentado à Associação de Quilombolas das comunidades, para a assinatura da carta de anuência, e ao Pólo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista para a autorização institucional para a coleta de dados. Após esta etapa, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de acordo com as normatizações previstas na portaria 566/2016 e da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), sendo aprovado por meio do parecer nº 5.659.057.

RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 140 idosos quilombolas de ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais, pertencentes às localidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, da USF Capinal, no município de Vitória da Conquista – BA.

Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas e econômicas da população dos idosos quilombolas que participaram da pesquisa. Foi possível observar que no grupo de estudo, 62 (44,3 %) dos indivíduos eram do sexo masculino e 78 (55,7%) do sexo feminino, 80 (57,1%) dos indivíduos referenciaram possuir até 70 anos e, 60 (42,9%), 71 e mais anos de vida. Quanto à raça, 127 (90,7%) dos indivíduos consideravam-se pretos ou pardos e 13 (9,3%) brancos. Em relação à situação conjugal, 87 (62,1%) viviam sem o (a) companheiro (a).

Foi observada uma escolaridade baixa na população do estudo, onde 82 indivíduos (58,6%) relataram ser analfabetos. A média de residentes por domicílio foi de 2,81 pessoas, sendo que 113 (80,7%) dos domicílios possuíam até 3 pessoas residindo na casa. A renda individual observada foi menor ou igual a 1 salário mínimo para a maioria dos entrevistados (118, que correspondeu a 84,3% dos indivíduos), enquanto a renda mensal familiar foi menor ou igual a 1 salário mínimo em 31 (22,1%) das famílias, e acima de 1 salário mínimo em 109 (77,9%) das famílias (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados com relação aos hábitos de vida e as condições de saúde geral. Observou-se que 83 (59,3%) dos entrevistados declararam ser fumantes e/ou ex-fumantes e 98 (70%) declararam não ingerir bebida alcoólica. No que diz respeito à autoavaliação de saúde, 57 (40,7%) dos indivíduos consideraram sua saúde muito boa ou boa, 59 (42,2%) consideravam sua saúde regular e 24 (17,1%) ruim ou muito ruim. Dos entrevistados, 113 (80,7%) responderam que já foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e 31 (22,1%) que foram diagnosticados com diabetes. Em relação a outros problemas de saúde, 68 (48,6%) disseram já terem tido câncer (próstata, mama, tireóide, reto, intestino), infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas (angina, arritmia), hipercolesterolemia, pancreatite, catarata, glaucoma e outras doenças na visão, psoríase, aneurisma, gota, osteoporose, bursite, hérnias de disco e outras doenças na coluna, artrose, depressão, doenças renais, lúpus, trombofilia, hipertireoidismo, vitiligo, hérnia inguinal, gastrite, acidente vascular cerebral (AVC), labirintite, doença de Chagas e varizes dos membros inferiores.

Os hábitos de saúde bucal também foram avaliados (Tabela 3). Observou-se que 76 (54,3%) dos indivíduos responderam que escovavam os dentes todos os dias. Cabe ressaltar que 60 (42,9%) indivíduos eram edêntulos, sendo classificados nesse questionamento como “não se aplica”. Dos indivíduos que afirmaram escovar os dentes todos os dias, 53 (69,7%) realizavam a escovação até duas vezes por dia e 23 (30,3%) faziam a higiene oral três vezes ou mais por dia. O uso de creme dental foi um hábito frequente em 78 (55,7 %) dos casos e apenas 8 (5,7%) dos indivíduos entrevistados relataram que faziam uso de fio dental diariamente. Entre os idosos que faziam uso de prótese dentária, 88 (93,6%) costumavam escová-la todos os dias, enquanto 6 (6,4%) não tinham este hábito. No que se refere ao hábito de retirar a(s) prótese(s) para dormir à noite, 45 (47,9%) dos idosos responderam que tinham este hábito (Tabela 3).

A morbidade bucal referida foi investigada perguntando aos participantes do estudo se esses tiveram dor de dente nos últimos seis meses. Neste questionamento, 68 (48,6%) dos indivíduos responderam que não sentiram dor de dente nos últimos 6 meses. Também foi perguntado se houve dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses. A essa pergunta, 92 entrevistados (65,7%) responderam negativamente (Tabela 3).

Quanto ao acesso e utilização do serviço de saúde bucal no último ano, observou-se que 103 (73,6%) dos indivíduos disseram que não procuraram atendimento odontológico, 33 (23,6%), disseram que procuraram e foram atendidos e 4 (2,8%) procuraram e não foram atendidos e/ou foram agendados para outro dia ou outro local. A maioria dos entrevistados (73, que corresponde a 52,1%) relataram que a última consulta com um cirurgião dentista foi realizada há mais de 3 anos. A última consulta foi realizada no serviço particular, por plano e/ou convênio de saúde por 107 (76,4%) dos participantes. Apenas 33 (23,6%) realizaram sua última consulta de saúde bucal no serviço público de saúde. O motivo principal da busca por atendimento foi a confecção de próteses dentárias para 74 (52,9%) dos entrevistados, seguido da procura por extração dentária para 45 (32,1%) dos idosos (Tabela 4).

Quando perguntados como avaliam sua saúde bucal, 82 (58,6%) dos idosos a consideravam boa/ muito boa. Sobre a necessidade de tratamento odontológico autoreferida, 83 (59,3%) responderam que necessitavam de tratamento no momento da entrevista. Ao exame bucal, observou-se que 124 (88,6%) dos idosos apresentavam 13 ou mais dentes perdidos e a média de CPOD observada foi de 26,84 dentes afetados pela cárie. Cabe ressaltar que o percentual de dentes perdidos (94,5%) foi o extrato que mais contribuiu para o valor do CPO-

D encontrado. A presença de implante dentário foi referido por 1 (0,7%) dos idosos entrevistados (Tabela 5).

Observa-se também na Tabela 5, que o número de entrevistados que fazia uso de próteses dentárias foi 94 (67,1%), enquanto 46 (32,9%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese. Entre os indivíduos que utilizavam prótese, 47 (50,0%) dos idosos examinados utilizavam próteses no arco superior e inferior, 44 (46,8%) utilizavam apenas no arco superior e 3 (3,2%) apenas no arco inferior. A necessidade de prótese foi observada em 92 (65,7%) dos entrevistados, sendo que no arco superior a necessidade observada na maioria dos idosos foi de prótese dentária total (68, que correspondeu a 48,6% dos examinados) e no arco inferior observou-se a necessidade de prótese fixa ou removível para substituição de um ou mais elementos dentários, em 67 (47,9%) dos idosos examinados (Tabela 5).

No Gráfico 1, é possível observar o uso de prótese distribuído pelo tipo e localização da unidade protética. Dos indivíduos que faziam uso de prótese, 22,9% utilizavam apenas prótese total removível (PTR) no arco superior, 21,4% utilizavam PTR nos arcos superior e inferior, 8,6% utilizavam prótese parcial removível (PPR) apenas no arco superior, 6,4% utilizavam PTR superior e PPR inferior, 4,3% utilizavam PPR superior e inferior, 2,1% utilizavam PPR apenas inferior e 1,4% utilizavam PPR superior e PTR inferior.

A respeito do impacto da saúde bucal na vida diária, 79 (56,4%) dos idosos relataram que tiveram dificuldade pra comer por causa dos dentes; a maioria (94, que corresponde a 67,1% dos entrevistados) respondeu que não teve dificuldade para falar por causa dos dentes; os dentes não incomodaram ao escovar em 95 (67,9%) dos casos; 125 (89,3%) dos entrevistados relataram que os dentes não incomodaram a praticar esporte, 63 (45%) relataram que os dentes já os deixaram nervosos ou irritados, 100 idosos (71,4%) declararam nunca terem deixado de sair, se divertir ou ir a festas/ passeios por causa dos dentes; 77 (55,0%) nunca sentiram vergonha de sorrir ou de falar por causa dos dentes; 97 (69,3%) afirmaram que os dentes nunca atrapalharam durante a execução de tarefas escolares ou de trabalho; 76 (54,3%) disseram nunca ter dormido mal por causa dos dentes (Tabela 6).

DISCUSSÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a projeção da população idosa do Brasil (pessoas com 60 anos ou mais) seria de aproximadamente 33,6 milhões em 2023, sendo que, as mulheres representariam 56% e os homens 44% da estimativa

populacional. Os resultados encontrados neste estudo (44,3% de indivíduos do sexo masculino e 55,7% do sexo feminino) corroboram com as projeções observadas pelo IBGE.

O envelhecimento se desenha como um fenômeno feminino, principalmente em idades mais avançadas (Sousa *et al.*, 2018). Segundo Rodrigues e Gonçalves (2019), isto se deve ao fato de que os homens utilizam mais bebidas alcólicas e tabaco, procuram menos os serviços de saúde e estão mais expostos, quando jovens, a mortes por causas externas como acidentes de trânsito e homicídios.

A população quilombola estudada apresentou-se na sua maioria, na faixa etária entre 60 a 70 anos (57,1%), com uma baixa renda individual (80,7% recebiam até 1 salário mínimo), e um alto grau de analfabetismo (58,6%). No que concerne à raça, neste estudo a maioria dos entrevistados autodeclarou-se preto(a) ou pardo(a) (127 indivíduos, que correspondeu à 90,7% da população).

Um estudo de base populacional sobre o acesso aos serviços odontológicos de idosos quilombolas rurais do norte de Minas Gerais (Miranda *et al.*, 2020) apresentou algumas características coincidentes, dentre elas, 58,1% de participantes pretos. Em um estudo sobre o perfil sociodemográfico de populações quilombolas (Freitas *et al.*, 2018), a predominância também foi de pretos e pardos. Ainda assim, no estudo realizado, houveram indivíduos que se autodeclararam brancos (9,3%).

É importante enfatizar que a população quilombola é um grupo étnico vulnerável socialmente, de baixo poder econômico, historicamente com mais dificuldades de acesso e / ou permanência na educação formal, e com maiores fatores de risco para uma saúde mais deficiente, enfrentando constantemente situações de discriminação e preconceito nos mais diversos ambientes (Durand & Heideman, 2019).

Com relação aos hábitos de vida, observou-se que 15 (10,7%) dos entrevistados deste estudo declararam ser fumantes, 57 (40,7%) ex-fumantes e 68 (48,6%) não fumantes, enquanto 98 (70%) relataram não ingerir bebida alcólica. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira e Porto (2021), onde o percentual de tabagismo em idosos longevos do município de Quixabeira- BA foi de 12,6% e o de abstinência do álcool foi de 85,1%. Em outro estudo sobre consumo de álcool e tabaco em idosos não institucionalizados do município de Juiz de Fora – MG, a prevalência de tabagismo foi de 9% enquanto a de ingestão de bebida alcólica foi de 26,7% (Barbosa *et al.*, 2018).

A autoavaliação de saúde bucal foi considerada boa/ muito boa por 58,6% dos idosos entrevistados. Isso mostra que, apesar de apresentarem um alto índice de perdas dentárias ao

exame clínico bucal, a maioria dos idosos não se percebe com uma saúde bucal insatisfatória. Silva e Fernandes (2001), sinalizaram que a percepção de saúde bucal é um indicador de saúde relevante pois une as respostas subjetivas, valores e culturas de cada indivíduo com os aspectos clínicos encontrados pelo examinador, que, não necessariamente, terão concordância. Ainda segundo esses autores, há um “conformismo” que leva os idosos a aceitarem as doenças de origem bucal como irremediáveis. Somado a isso, esses idosos são de uma época onde o tratamento da cárie era a extração dentária e a instalação de próteses totais.

O hábito da escovação diária foi confirmado por 76 (54,3%) idosos entrevistados, sendo que destes, 53 (69,7%) escovavam até 2 vezes por dia e os demais (30,3%) 3 ou mais vezes por dia. A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) revelou que a população idosa que escovava os dentes pelo menos 2 vezes por dia foi de 86,5%, considerando populações urbanas e rurais. No entanto, as populações quilombolas não foram incluídas na pesquisa. Isso demonstra a invisibilidade desse grupo e a necessidade de pesquisas que caracterizem a vulnerabilidade da saúde bucal de povos tradicionais.

A dor de dente nos últimos seis meses foi referida por 8,6% da população investigada. Um estudo que avaliou a saúde bucal de 664 idosos quilombolas em 20 cidades no norte de Minas Gerais encontrou resultado semelhante: 11,4% da população investigada relatou ter sentido dor, 52% era edêntula há mais de seis meses e 36,6% negou dor de dente nos últimos seis meses (Sandes, Freitas & Souza, 2014).

O acesso e utilização dos serviços de saúde bucal deste estudo mostrou que 52,1% dos entrevistados haviam procurado por uma consulta odontológica há mais de 3 anos. Foi encontrada uma convergência de resultados no estudo de Santos *et al.* (2014), que objetivou conhecer, entre outros, o acesso aos serviços de atenção à saúde bucal de idosos em estado de coresidência de uma USF de Jequié-BA, onde 54,32% responderam que o tempo desde a última consulta odontológica foi de 3 anos ou mais. Quanto ao local da última consulta odontológica, os resultados também convergiram. Enquanto neste estudo, 23,6% dos idosos utilizaram o serviço público e 76,4% utilizaram o serviço particular, de plano ou convênio, no estudo de Santos *et al.* (2014), 30,25% haviam utilizado o serviço público, 62,97% o serviço particular e 1,25% outros serviços. Nota-se, com isso, que há um contrassenso nesta variável, pois a população de baixa renda continua pagando por serviços odontológicos.

Cabe destacar que o principal motivo referenciado para a busca do serviço odontológico foi para a confecção de prótese dentária (52,9% da população investigada). Ressalta-se que, no

município de Vitória da Conquista – BA, há a oferta de serviço apenas de prótese total removível no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por meio do SUS, porém existe uma demanda reprimida nas unidades de saúde aguardando agendamento para este tipo de atendimento. Por se tratar de um serviço que requer várias consultas, a demora na marcação e entrega das próteses pode estar levando os usuários a procurarem o serviço privado. Já os serviços de próteses parciais removíveis e próteses fixas não são ofertados pelo SUS no município, levando esses usuários também a procurarem o serviço privado.

Um estudo realizado por Granjeiro *et al.* (2021), analisou de forma quantitativa o perfil epidemiológico de saúde bucal de uma comunidade quilombola de um município de pequeno porte do Estado do Ceará e revelou que os idosos foram a faixa etária que menos procurou os serviços odontológicos no período de seis meses avaliado, corroborando mais uma vez com os resultados do presente estudo. Vale ressaltar que apesar da existência de um serviço odontológico na atenção primária, a baixa procura pode se dar pelo entendimento que não há a necessidade da consulta pela ausência dos dentes.

O motivo da última consulta odontológica foi com a finalidade de confecção de próteses para a maioria dos idosos estudados (52,9%), extração dentária para 32,1% e por outros motivos para 15%. Quanto ao CPO-D, a média encontrada no estudo foi de 26,84 dentes afetados pela cárie, onde o maior componente foi de perdas dentárias (94,5%). Este valor foi semelhante à média do CPO-D (27,53) encontrado no último levantamento do SB Brasil 2010 (Brasil, 2012), onde o maior componente da faixa etária de 65 a 74 anos também foi de dentes perdidos (93,9%).

Nos resultados preliminares do SB Brasil 2020 (Brasil, 2022), a média de CPO-D de 65 a 74 anos foi de 23,3. Apesar da diminuição da média do CPO-D, a maior proporção continua sendo de dentes perdidos (86,3%). Embora os dados preliminares apontem para a diminuição do valor do CPOD no levantamento de 2020, essa melhora não é percebida neste estudo com a população idosa quilombola, cujos resultados se aproximam mais dos dados do SB Brasil 2010. Cabe ressaltar que a população idosa quilombola ainda sofre os reflexos da desigualdade no acesso à saúde vivida ao longo de décadas de exclusão social, o que acarretou prejuízos relacionados à cor da pele, tornando-os mais vulneráveis e com evidentes traços de iniquidades (Souza; Silva; Souza, 2022).

O uso de próteses dentárias foi predominante na arcada superior. Do total de pessoas que faziam uso de próteses, 47 (50%) utilizavam nas duas arcadas, enquanto 44 (46,8%)

utilizavam apenas na arcada superior. Apenas 3 (3,2%) dos indivíduos utilizavam prótese somente na arcada inferior. Quanto ao tipo de prótese, a mais utilizada foi a prótese total removível, sendo que 30 idosos (21,4%) faziam uso de prótese total removível superior e inferior e 32 (22,9%) utilizavam apenas prótese total superior. Um grupo de 46 idosos (32,9%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese.

O uso de prótese total da arcada superior em detrimento da inferior justifica-se pela maior dificuldade de adaptação de próteses na mandíbula em relação à maxila. Na maioria das vezes, uma das consequências da perda dentária é a reabsorção constante do osso alveolar, principalmente na mandíbula. Isso acarreta condições clínicas desfavoráveis ao uso da prótese, já que sua estabilidade e retenção ficam comprometidas, levando os idosos a uma maior dificuldade de utilizá-las (Cooper, 2009).

Outro fator que pode também influenciar na baixa adesão ao uso de próteses totais inferiores é que na mandíbula há uma maior chance de desenvolvimento de lesões na mucosa oral, como, por exemplo, úlceras traumáticas e estomatites protéticas (Cooper, 2009). A razão disso é que a anatomia da mucosa que reveste a arcada inferior é mais fina, e isto propicia mais dor, menor adaptação da prótese total inferior e menor adesão ao seu uso (Miranda *et al.*, 2021).

O resultado referente ao uso de próteses foi semelhante a um estudo de Landim *et al.* (2013), sobre fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda, onde o uso de prótese superior foi de 47,5%, enquanto na arcada inferior foi de 16,3%.

Embora a necessidade de uso ou troca de próteses superiores totais, parciais ou fixas tenha sido grande neste estudo, com 100 (71,5%) dos examinados necessitando utilizar uma ou mais próteses ou trocar a(s) que já estava(m) utilizando, a necessidade de uso ou troca de próteses na arcada inferior apresentou maior demanda de algum tipo de reabilitação protética, totalizando 116 (89,6%) dos examinados. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Landim *et al.* (2013), onde 75% dos participantes necessitavam de troca de próteses inferiores, enquanto 46% necessitavam de troca de próteses superiores.

A atividade que mais impactou na vida diária dos idosos neste estudo foi a dificuldade para comer por causa dos dentes (56,4%). A percepção dos idosos para dificuldade de falar, incômodo ao escovar, dificuldade para praticar esportes, sentir-se nervoso ou irritado por causa dos dentes, deixar de sair, sentir vergonha de sorrir ou falar, ter dificuldade para estudar/trabalhar e deixar de dormir ou dormir mal por causa dos dentes foi referenciada por menos de

50% dos indivíduos, indicando um baixo impacto na vida diária dos idosos investigados. Na literatura foi encontrado resultado semelhante em um estudo de Bittencourt, Abegg e Fontanive (2013), que revelou que a atividade diária mais afetada por problemas de saúde bucal em 720 indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre – RS foi o hábito de comer em 36,8% dos entrevistados.

O edentulismo afeta, além dos aspectos funcionais de capacidade mastigatória, a ingestão de alimentos, a absorção de nutrientes e o desempenho da fala. A fonação dificulta a convivência dos idosos, trazendo impactos sociais para a vida destes, levando-os ao isolamento e exclusão. Além disso, a dificuldade de sorrir e falar trazem impactos à autoimagem e à beleza dentro dos padrões esperados para a idade (Sheiham *et al.*, 2001).

Na contramão, a autopercepção positiva do idoso sobre a saúde bucal, influencia na baixa busca por serviços odontológicos, no autocuidado e na percepção impacto positivo das atividades na vida diária, já que os idosos, muitas vezes, não se percebem com necessidades de cuidados bucais e por isso não procuram atendimento odontológico, especialmente nas regiões mais pobres que dependem mais do SUS (Nogueira *et al.*, 2017).

O impacto da perda dentária no desempenho de atividades diárias apresentou resultados semelhantes em um estudo realizado por Silva *et al.* (2007), em 100 indivíduos entre 16 e 76 anos atendidos em uma clínica escola da Universidade Federal de Pernambuco, onde a atividade que demonstrou maior impacto foi a dificuldade para mastigar e saborear os alimentos, enquanto a de menor impacto foi a de realizar atividades físicas (trabalhar, fazer serviços de casa, praticar esportes, andar, correr ou brincar).

Por se tratar de um estudo de uma população quilombola residente nas localidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, não é possível estender seus resultados para o conjunto da população idosa quilombola do município de Vitória da Conquista – BA. Sendo assim, faz-se necessário que mais estudos com esta temática sejam realizados no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado nos idosos quilombolas de São Joaquim de Paulo e Barrocas, foi predominantemente de mulheres, na faixa etária até 70 anos, sendo a maioria composta por pretos(as) e pardos(as), com baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, composta por uma alta prevalência de perda dentária, porém com escassa procura e/ou acesso aos serviços odontológicos. Apesar disso, os idosos

investigados avaliaram sua saúde bucal como boa e/ou muito boa, e com baixo impacto negativo nas atividades de vida diária.

Considerando a relevância da temática com esta população, os resultados apontam para a necessidade de uma maior atenção com a saúde bucal de idosos quilombolas, a fim de buscar estratégias para nortear o planejamento de ações de promoção, assistência e reabilitação, auxiliando na melhoria da condição de saúde da população investigada. Cabe ressaltar a necessidade da complementaridade desse estudo, a fim de contemplar a população quilombola idosa residente em todo o município de Vitória da Conquista – Ba.

Por fim, a escassez de pesquisas sobre a saúde bucal de idosos quilombolas, no cenário nacional, ressalta a importância dos resultados observados nesse estudo, que busca auxiliar na discussão dessa problemática, enfatizando a necessidade de políticas públicas que contemplem o cuidado dessa população muitas vezes invisibilizada ao longo de sua história.

ANEXOS

Tabela 1- Distribuição de número e percentual da população quilombola estudada de acordo com características sociodemográficas e econômicas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Sexo		
Feminino	78	55,7%
Masculino	62	44,3%
Idade		
Até 70 anos	80	57,1%
71 anos e mais	60	42,9%
Estado Civil		
Com companheiro(a)	53	37,9%
Sem companheiro(a)	87	62,1%
Raça		
Pretos/ Pardos	127	90,7%
Branços	13	9,3%

Grau de Escolaridade		
Analfabeto	82	58,6%
Com algum grau de escolaridade	58	41,4%
Renda mensal individual		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	118	84,3%
Superior a 1 salário mínimo	22	15,7%
Renda mensal familiar		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	31	22,1%
Superior a 1 salário mínimo	109	77,9%
Nº de moradores por domicílio		
Até 3 pessoas	113	80,7%
Acima de 3 pessoas	27	19,3%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Distribuição de número e percentual de hábitos de vida e condições de saúde geral de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Fumantes	15	10,7%
Não fumantes	68	48,6%
Ex fumantes	57	40,7%
Ingerem bebida alcoólica		
Sim	42	30,0%
Não	98	70,0%
Autoavaliação de saúde		
Muito boa/ boa	57	40,7%
Regular	59	42,2%
Ruim/ muito ruim	24	17,1%
Hipertensos		
Não	27	19,3%
Sim	113	80,7%
Diabéticos		

Não	31	22,1%
Sim	109	77,9%
Outros problemas de saúde		
Sim	68	48,6%
Não	72	51,4%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 3 – Distribuição de número e percentual de hábitos de saúde bucal e morbidade bucal referida de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Escovação dentária		
Não escovam os dentes todos os dias	04	2,9%
Escovam os dentes todos os dias	76	54,3%
Escova até 2x por dia*	53	69,7%
Escova 3 ou mais vezes por dia*	23	30,3%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do creme dental		
Sim	78	55,7%
Não	02	1,4%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do fio dental		
Sim	8	5,7%
Não	72	51,4%
Não se aplica	60	42,9%
Escovação da prótese diariamente**		
Sim	88	93,6%
Não	06	6,4%
Retirada da prótese para dormir**		
Sim	45	47,9%
Não	49	52,1%
Referência de dor de dente nos últimos 6 meses		
Sim	12	8,6%
Não	68	48,6%
Não se aplica	60	42,9%
Referência de dor na face nos últimos 6 meses		
Sim	48	34,3%

Não

92

65,7%

Fonte: elaborado pela autora

*Percentual calculado do total de indivíduos que escovam os dentes todos os dias.

**Percentual calculado do total de indivíduos que possuem prótese (94 idosos – 67,1% da população examinada)

Tabela 4 – Distribuição de número e percentual de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Procura pelo atendimento odontológico, no último ano		
Não procurou	103	73,6%
Sim, não foi atendido ou foi agendado para outro dia ou outro local		
Sim, procurou e foi atendido	04	2,8%
	33	23,6%
Tempo da última consulta odontológica		
Até 1 ano	37	26,4%
Entre 1 e 3 anos	30	21,4%
Há mais de 3 anos	73	52,1%
Local do Atendimento		
Serviço Público	33	23,6%
Serviço particular/ plano/ convênio	107	76,4%
Motivo da última consulta		
Extração	45	32,1%
Prótese	74	52,9%
Outros	21	15,0%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 5 – Distribuição de número e percentual do uso e necessidade de próteses dentárias, da autoavaliação da saúde bucal, e da média do índice de CPO-D da população de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Autoavaliação de saúde bucal		
Muito boa/ boa	82	58,6%
Regular	33	23,6%
Ruim/ muito ruim	25	17,8%

Necessidade de tratamento odontológico
autoreferido

Não	49	35,0%
Sim	83	59,3%
Não sabe/ não respondeu	08	5,7%

Número de dentes perdidos

13 ou mais dentes	124	88,6%
Até 12 dentes	16	11,4%

Média CPO-D = 26,84 Desvio padrão = 6,4 Percentual de perdas dentárias = 94,5%

Presença de implante dentário

Não	139	99,3%
Sim	1	0,7%

Não uso de prótese	46	32,9%
--------------------	----	-------

Uso de prótese	94	67,1%
Inferior*	03	3,2%
Superior*	44	46,8%
Duas arcadas*	47	50,0%

Necessidade de prótese

Não	48	34,3%
Sim	92	65,7%

Necessidade de prótese superior

Não necessita	40	28,6%
---------------	----	-------

Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	32	22,9%
---	----	-------

Necessita de prótese dentária total	68	48,6%
-------------------------------------	----	-------

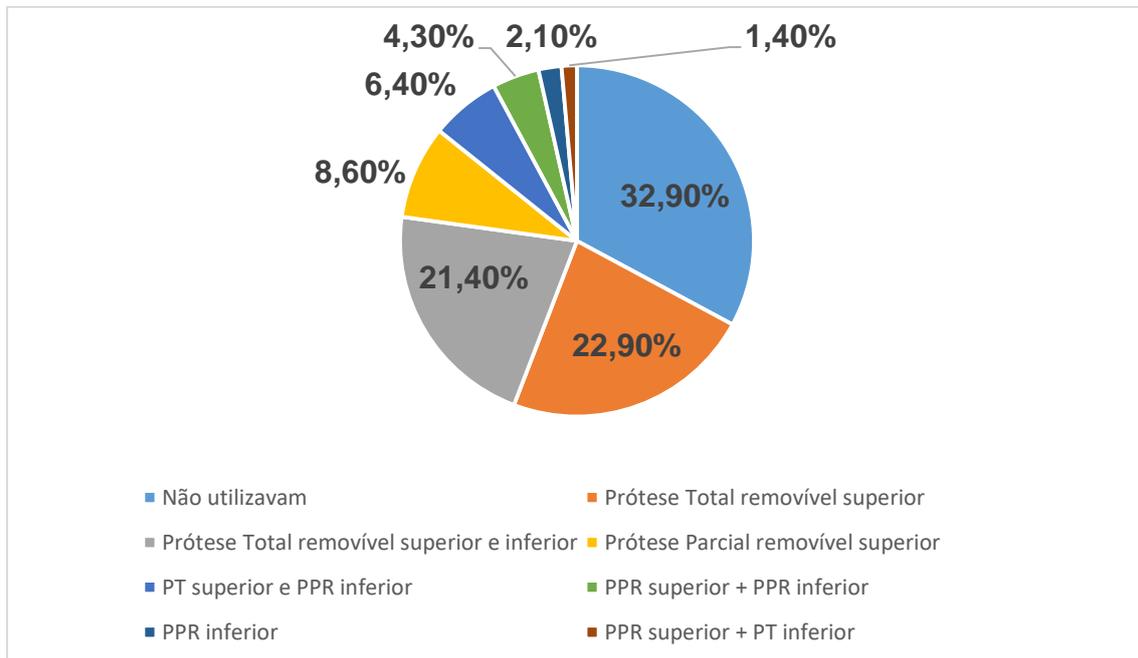
Necessidade de prótese inferior

Não necessita	24	17,1%
---------------	----	-------

Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	67	47,9%
---	----	-------

Necessita de prótese dentária total	49	35,0%
-------------------------------------	----	-------

Gráfico 1: Distribuição percentual do uso de próteses dentárias de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6 – Distribuição de número e percentual de impacto da condição bucal na vida diária de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Dificuldade para comer por causa dos dentes		
Sim	79	56,4%
Não	61	43,6%
Dificuldade para falar por causa dos dentes		
Sim	46	32,9%
Não	94	67,1%
Os dentes incomodaram ao escovar		
Sim	45	32,1%
Não	95	67,9%
Os dentes incomodaram a praticar esportes		
Sim	15	10,7%
Não	125	89,3%

Ficou nervoso(a) ou irritado(a) por causa dos dentes	63	45,0%
Sim	77	55,0%
Não		
Deixou de sair, se divertir, ir a festas/passeios por causa dos dentes		
Sim	40	28,6%
Não	100	71,4%
Sentiu vergonha de sorrir/ falar por causa dos dentes		
Sim	63	45,0%
Não	77	55,0%
Os dentes atrapalharam estudar/ trabalhar		
Sim	43	30,7%
Não	97	69,3%
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes		
Sim	64	45,7%
Não	76	54,3%

Fonte: elaborado pela autora

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.B.; PEREIRA, C.V.; CRUZ, D.T.; LEITE, I.C.G. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 125-135.

BITENCOURT, V.; ABEGG, C.; FONTANIVE, V.N. O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. **Rev. Fac. Odontol. Passo Fundo**. Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília, 2012.

____Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil vigência 2021-2022. Resultados preliminares. Brasília, 2022. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20221216_I_mod2resultadospreliminaresBrasilia_monsitecompressed_288277690346345359.pdf . Acesso em: 17 jun. 2023.

COOPER, L.F. The current and future treatment of edentulism. **J. of Prosthodontics.** 2009;18(2):116-22.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, 2019.

FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I.L.A.; SILVA, I.F.S.; NOGUEIRA, L.M.V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev. Cuid.** 2018; 9(2): 2187-200.

GRAÇA, C. C. **Saúde bucal de adultos e idosos: situação epidemiológica e estudo da associação com a percepção sobre a qualidade de vida.** Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

GRANJEIRO, M.A.F.; NEVES, S.F.S.A.; ALMEIDA, D.R.M.F.; SAMPAIO, J.R.F. Análise quantitativa do perfil epidemiológico em saúde bucal de uma comunidade quilombola de um município de pequeno porte do estado do Ceará, através da utilização do E-SUS atenção básica. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v.7, n.6, p. 57911-57927 jun. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010 – 2060. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>. Acesso em: 04 jun. 2023.

____ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> . Acesso em: 21 jun. 2023.

ISHIKAWA, S.; KONTA, T.; SUSA, S.; KITABATAKE, K.; ISHIZAWA, K.; TOGASHI, H.; TSUYA, A.; UENO, Y.; KUBOTA, I.; YAMASHITA, H.; KAYAMA, T.; IINO, M. Risk factors for tooth loss in community-dwelling Japanese aged 40 years and older: the Yamagata (Takahata) study. **Clinical Oral Investigations,** 2018.

LANDIM, J.R.; NETA, M.C.A.F.; MARTINS, M.C.A.; NUTO, S.A.S.; BRAGA, J.U. Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. **Rev. Fac. Odontol. Passo Fundo**. Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 75-82, jan./abr. 2013.

LEITE, R.A.; VESPÚCIO, M.V.O.; AZENHA, M.R.; CAMPOS, A.A.; LACERDA, S.A. Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não institucionalizados de Franca, São Paulo: realidade e necessidade de reabilitação oral. **Rev. Pós Grad.**, 2012;19(2):57-63.

MARTINS, A.L.E.B.L.; OLIVEIRA, R.F.R.; HAIKAL, D.S.; SANTOS, A.S.F.; SOUZA, J.G.S.; ALECRIM, B.P.A.; FERREIRA, E.F. Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 2113-2126, 2020.

MIRANDA, L.P.; OLIVEIRA, T.L.; QUEIROZ, P.S.F.; OLIVEIRA, P.S.D.; FAGUNDES, L.S.; NETO, J.F.R. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2020;23(2):e200146.

MIRANDA, A.B.S.; LIMA, C.M.; FARIA, J.C.B.; MENDONÇA, B.P.N.; BRAGA, L.C.; LEITE, F.P.P.; MELO, L.A. Fatores associados ao não uso da prótese total inferior e seu impacto em idosos brasileiros. **Rev. Ciência Plural**. Natal, 2021; 7(3):220-234.

NOGUEIRA, C.M.R.; FALCÃO, L.M.N.; NUTO, S.A.S.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA MEYER, A.P.G.F. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 7-19.

OLIVEIRA, N.R.; PORTO, E.F. Perfil sociodemográfico, de saúde e hábitos de estilo de vida de idosos longevos de um município do interior da Bahia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e33810312839, 2021.

RODRIGUES, W. P.; GONÇALVES, P. D.. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. **Scire Salutis**, v.9, n.1, p.30-36, 2019.

SANDES, L.F.F.; FREITAS, D.A.; SOUZA, M.F.N.S. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, 2018, Rio de Janeiro, 26 (4): 425-431.

SANTOS, M.M.; VILELA, A.B.A.; CASOTTI, C.A.; MEIRA, S.S. Autopercepção e condições de saúde bucal de idosos em uma cidade do nordeste brasileiro. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, 2014. Vol.6(2), 589-597.

SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH,S.; WALLS, A.W. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dent. Oral Epidemiol.** 2001 Jun;29(3):195-203.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan/mar, 2008.

SILVA, P.V.; SANTANA, S.R.F.; ALMEIDA, E.C.B.; ARAÚJO, A.C.S.; CIMÕES, R.; GUSMÃO, E.S.; Impacto do número de dentes no desempenho de atividades diárias. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 13-17, setembro/dezembro 2007.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C.; Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 2001. 35(4): 349-55.

SOUSA, N.F.S.; LIMA, M.G.; CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2018; 34(11).

SOUZA, N.D.D.; SILVA, P.R.O.; SOUZA, J.C. Saúde da pessoa idosa quilombola e vulnerabilidade socioeconômica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p. 1836-1842 jan./fev. 2022

TINÓS, A. M. F. G.; PERES, S. H. C. S.; RODRIGUES, L. C. R. Acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal: uma revisão. **Rev. Facul. Odontol. Univ. Passo Fundo**. Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 351-360, set/dez, 2013.

APÊNDICE E – RELATÓRIO TÉCNICO CONSUBSTANCIADO

PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE DUAS COMUNIDADES RURAIS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA

Gabriela Barreto

Resumo

O envelhecimento da população é um assunto que tem se destacado a partir das mudanças observadas no mundo contemporâneo, trazendo novos hábitos, crenças e termos que caracterizam este período importante da vida. Pouco se sabe sobre a relação da população idosa quilombola com o uso dos serviços de saúde bucal, suas condições de acesso e os problemas bucais enfrentados por essas comunidades. O objetivo deste trabalho foi estudar as condições de saúde bucal, bem como os aspectos socioeconômicos e demográficos, condições de saúde geral, hábitos de vida, morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal, uso e necessidade de próteses, autoavaliação de saúde bucal e impacto da condição de saúde bucal na vida diária de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, zona rural, do município de Vitória da Conquista – BA. Foi realizado um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais, residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, por meio de entrevistas e exame clínico. Os resultados encontrados foram de uma população composta em sua maioria por mulheres, com idade entre 60 e 70 anos, preto(as) e pardos(as), de baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, alta prevalência de perda dentária, baixa procura e/ou acesso ao atendimento odontológico, autoavaliação de saúde bucal boa e/ou muito boa e baixo impacto negativo nas atividades diárias. Considerando a relevância da temática, os resultados apontam para a necessidade de uma maior atenção com a saúde bucal de idosos quilombolas, a fim de buscar estratégias para nortear o planejamento de ações de promoção, assistência e reabilitação, auxiliando na melhoria da condição de saúde da população investigada.

Palavras-chave: Idosos. Quilombolas. Saúde bucal.

Objetivos, Justificativa e Apresentação

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil de saúde bucal de idosos de duas comunidades rurais quilombolas de Vitória da Conquista-BA, avaliando as associações entre as condições socioeconômico-demográficas, hábitos de vida, condições de saúde geral, hábitos de saúde bucal, morbidade bucal referida, acesso, utilização dos serviços de saúde bucal, autopercepção

e impacto na vida diária e a perda dentária. Sua execução se justifica pela escassez de estudos realizados sobre este tema e com este público na região Sudoeste da Bahia

Na pesquisa foi realizado um estudo de corte transversal desenvolvido nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, pertencentes ao território atendido pela USF Capinal e a estrutura do trabalho foi elaborada da seguinte forma: uma introdução que buscou caracterizar a problemática e a relevância do estudo, uma revisão de literatura que retratou os problemas de saúde bucal enfrentados pela população estudada, bem como, os referenciais teóricos que serviram para referenciar o estado da arte da temática, seguida do percurso para a produção dos dados, cuja análise é apresentada e discutida nas seções subsequentes. Para além da elaboração do trabalho final do mestrado, foram produzidos dois produtos: um primeiro artigo científico descritivo para fins de submissão à publicação e este relatório técnico a ser encaminhado à Gestão do município, a fim de subsidiar ações de saúde bucal com idosos quilombolas nos territórios onde esta população está presente.

Método

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que avaliou a situação da saúde bucal de 140 idosos de 60 anos ou mais residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capinal, na zona rural do Município de Vitória da Conquista, Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas).

Área e população de estudo

O local de estudo pertence à Unidade de Saúde da Família do Capinal e divide-se em 11 microáreas, sendo 3 dessas quilombolas (São Joaquim de Paulo, Barrocas I e Barrocas II). Está localizada na zona rural do município de Vitória da Conquista, que é um município situado na região econômica do Sudoeste da Bahia, a aproximadamente 16 quilômetros do centro da cidade.

Segundo dados estatísticos da Prefeitura Municipal, a população estimada do município em 2012 era de 315.884 habitantes, sendo 147.879 do sexo masculino e 158.987 do sexo feminino. Destes, cerca de 10% pertencem à zona rural (32.147 habitantes) (IBGE, 2010). Distante 509 quilômetros da capital do Estado (Salvador), localiza-se na mesorregião centro-sul da Bahia (PMVC, 2020).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o suporte principal do sistema municipal de saúde. O município possui 38 equipes de saúde da família, sendo 19 localizadas na zona rural

e as demais localizadas na zona urbana. Isto representa uma cobertura de ESF de 68%. Na zona rural, a área de cobertura é de 100% (PMVC, 2020). Destas unidades localizadas em zona rural, 10 prestam assistência a comunidades quilombolas: Capinal, Pradoso, São Joaquim, Veredinha, Iguá, Lagoa Formosa, José Gonçalves, Roseira, São João da Vitória e Inhobim. A cidade conta também com 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona urbana. Dessas, 1 atende populações quilombolas da zona rural (CAE II).

O município possui 30 comunidades remanescentes de quilombos, certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizadas na área rural (BRASIL, 2021). A extensão territorial do município é de 3204,5 km² e a zona rural conta com 11 distritos e 308 povoados (PMVC, 2020).

A população de pessoas de 60 anos ou mais é composta por 200 idosos, quantitativo obtido por meio de levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde das respectivas áreas da Unidade de Saúde da Família do Capinal, a partir do cadastro das famílias e de seus domicílios.

Critérios de inclusão e de exclusão

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: população idosa, quilombola, na faixa etária de 60 anos ou mais residentes nas localidades descritas anteriormente, e que concordaram em participar da pesquisa

Foram excluídos do estudo indivíduos fora da faixa etária estabelecida, com algum grau de dependência mental, cognitiva, psicológica ou física que os tornassem incapazes de compreender e responder às questões propostas, impossibilitados de participar do exame bucal, e/ou participantes juridicamente incapazes e/ou acamados, além daqueles que não consentiram voluntariamente em participar da pesquisa.

Instrumento e coleta de dados

A coleta dos dados populacionais foi realizada mediante o preenchimento de um questionário estruturado com o auxílio de um tablet Samsung Galaxy Tab A 2017 utilizando o programa *Kobo Toolbox*® (aplicativo *KoboCollect* v1.23.3k), onde os dados foram armazenados e tabulados com senha, e por meio do exame bucal clínico. Esses dados foram coletados pela pesquisadora e registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde das áreas estudadas e Auxiliar de Saúde Bucal da Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família do Capinal. Os registradores foram calibrados por meio de um treinamento teórico e dois

encontros práticos para auxiliar no processo de anotação dos dados coletados nos exames e na aplicação do questionário.

O instrumento de pesquisa foi composto por questões fechadas compreendendo informações socioeconômicas (data de nascimento, sexo, estado civil, grau de escolaridade, número de moradores do domicílio, renda mensal individual e familiar, cor ou raça/ etnia), informações sobre a saúde e os hábitos gerais dos indivíduos (existência de doenças sistêmicas, hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica, hábitos de higiene oral), e informações sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos (procura de atendimento, frequência da procura, motivo), além de questões para a avaliação da autopercepção de saúde bucal, da necessidade de tratamento autopercebida e do impacto da saúde bucal nas atividades diárias.

8.1.1 Variáveis de estudo e indicadores

1. Indicadores de Saúde Bucal (Critérios adotados pelo Projeto Saúde Bucal Brasil, 2020):

1.1 Cárie dentária (coronária e radicular): definida como dente hígido, cariado, restaurado com cárie, restaurado sem cárie, perdido devido à cárie, perdido por outras razões, apoio de ponte ou coroa/implante, e dente excluído.

1.2 Necessidade de tratamento: definida conforme a necessidade de restauração de uma ou mais superfícies, coroa, faceta estética, tratamento pulpar e restauração, extração, remineralização de mancha branca ou selante.

1.3 Uso, condição e necessidade de prótese dentária - definida pela presença e /ou ausência de próteses dentárias, removíveis (totais ou parciais) e fixas (unitárias ou com vários elementos);

2.1.1 Indicadores socioeconômicos:

2.1 Data de nascimento – dia, mês e ano de nascimento, para cálculo da idade;

2.2 Sexo – masculino e feminino;

2.3 Estado civil: solteiro (a), casado (a), divorciado (a) / separado(a), viúvo(a), união estável, ignorado/não respondeu;

2.3 Grau de escolaridade – definida como baixa escolaridade, número de anos que o participante estudou e se esse sabe ler e escrever;

2.4 Número de residentes no domicílio:

2.5 Renda mensal individual – expressa em salários mínimos;

2.6 Renda mensal familiar - expressa em salários mínimos, devendo ser a soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar;

2.7 Raça – branca, preta, amarela, parda, indígena, não sabe;

3. Definições dos hábitos de vida e condições de saúde geral:

3.1 Hábito de fumar – definido pela ausência / presença do tabagismo, e o tempo de consumo

3.2 Hábito de ingerir bebida alcoólica – definido pela ausência / presença de consumo de bebida alcoólica e tipo de bebida consumida;

3.3 Autoavaliação da saúde – definida através da percepção do indivíduo a respeito de sua saúde geral.

3.4 Existência de doenças – definida pela ausência / presença de doenças infecciosas ou crônicas, diagnosticada por um profissional médico;

3.5 Hábitos de higiene oral - definidos pela ausência / presença de hábitos de higiene oral, frequência e recursos utilizados;

4. Avaliação da morbidade bucal referida, do acesso e utilização dos serviços de saúde bucal:

4.1 – Dor dentária – definida considerando-se a ocorrência da dor dentária nos últimos seis meses;

4.2 – Dor orofacial – definida considerando-se a ocorrência de dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido, nos últimos seis meses;

4.3 – Acesso ao serviço – definido como ida ao consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/ equipe de saúde bucal no último ano;

4.4 – Tipo de serviço de saúde bucal procurado – público, particular, plano de saúde ou convênio ou outros;

4.5 Frequência do uso do serviço de saúde bucal - definido como a última ida do entrevistado à consulta odontológica;

4.6 Motivo – definido pela queixa principal que levou o entrevistado ao cirurgião-dentista nos últimos 12 meses.

4.7 – Avaliação do serviço de saúde bucal – definido sobre a avaliação que o entrevistado faz sobre o tratamento na sua última consulta ao dentista.

5. Autopercepção de saúde bucal, impacto nas atividades diárias e necessidade de tratamento: Definida por meio da interpretação que o indivíduo faz da sua própria saúde bucal,

atribuindo um impacto positivo ou negativo dessa nas atividades diárias e qual a necessidade de tratamento odontológico percebida pelo indivíduo, no momento da pesquisa.

O impacto da saúde bucal nas atividades diárias será baseado em versões validadas do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) para adultos e idosos (ABEGG *et al.*, 2015; PILOTTO *et al.*, 2016), cujos itens abordaram aspectos ocasionados por problemas bucais nos seis meses anteriores relacionados à vida diária no que diz respeito a: comer; falar claramente; higienizar os dentes / dentaduras; realizar atividades físicas; trabalhar ou estudar; dormir; manter estado emocional equilibrado; sair, se divertir, ir a festas, passeios; sorrir e mostrar os dentes sem vergonha.

2.2 Análise estatística

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse do estudo para a análise descritiva dos dados com o objetivo de definir o perfil epidemiológico de saúde bucal dos indivíduos estudados.

A análise dos dados foi digitada, processada e classificada com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão IBM SPSS Statistics 22 (*Statistical Package for the Social Sciences /SPSS*). Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos com o auxílio do pacote estatístico STATA 16.0.

2.3 Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto foi apresentado à Associação de Quilombolas das comunidades, para a assinatura da carta de anuência.

Após a assinatura da carta de anuência, foi solicitada ao Pólo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista uma autorização institucional para a coleta de dados e infraestrutura.

De posse dessa anuência e autorização, o presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de acordo com as normatizações previstas na portaria 566/2016 e da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Após a aprovação do CEP por meio do parecer nº 5.659.057 a coleta de dados foi iniciada.

Desta forma, a pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Foi realizada a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora, e outra, do participante.

Para a realização dos exames físicos intraorais foram obedecidas as normas de biossegurança no que diz respeito aos cuidados de limpeza, esterilização e armazenamento adequados dos instrumentais utilizados e ao uso dos equipamentos de proteção individual pelos examinadores do projeto.

Ao final de cada exame realizado, foi entregue aos participantes um relatório descrevendo sua condição de saúde bucal e necessidades de tratamento. Nesse relatório foi identificado o serviço público municipal de referência (com endereço e telefone), bem como o contato da cirurgiã dentista responsável pelo atendimento das necessidades detectadas durante o exame clínico. A profissional e pesquisadora foi responsável também pelos encaminhamentos aos especialistas necessários.

Resultados

A população do estudo foi constituída por 140 idosos quilombolas de ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais, pertencentes às localidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, da USF Capinal, no município de Vitória da Conquista - Ba, contabilizando 80% da população idosa cadastrada na área. A perda de 20% da população, se deu pelo fato de que alguns participantes não consentiram em participar da pesquisa, outros não atendiam aos critérios de inclusão e/ou não foram encontrados na residência no momento da coleta dos dados.

Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas e econômicas da população dos idosos quilombolas que participaram da pesquisa. Foi possível observar que no grupo de estudo, 62 (44,3 %) dos indivíduos eram do sexo masculino e 78 (55,7%) do sexo feminino, 80 (57,1%) dos indivíduos referenciaram possuir até 70 anos e, 60 (42,9%), 71 e mais anos de vida. Quanto à raça, 127 (90,7%) dos indivíduos consideravam-se pretos ou pardos e 13 (9,3%) brancos. Em relação à situação conjugal, 87 (62,1%) viviam sem o (a) companheiro (a).

Foi observada uma escolaridade baixa na população do estudo, onde 82 indivíduos (58,6%) relataram ser analfabetos. A média de residentes por domicílio foi de 2,81 pessoas, sendo que 113 (80,7%) dos domicílios possuíam até 3 pessoas residindo na casa. A renda individual observada foi menor ou igual a 1 salário mínimo para a maioria dos entrevistados

(118, que correspondeu a 84,3% dos indivíduos), enquanto a renda mensal familiar foi menor ou igual a 1 salário mínimo em 31 (22,1%) das famílias, e acima de 1 salário mínimo em 109 (77,9%) das famílias (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados com relação aos hábitos de vida e as condições de saúde geral. Observou-se que 83 (59,3%) dos entrevistados declararam ser fumantes e/ou ex-fumantes e 98 (70%) declararam não ingerir bebida alcoólica.

Ainda na Tabela 2, no que diz respeito à autoavaliação de saúde, 57 (40,7%) dos indivíduos consideram sua saúde muito boa ou boa, 59 (42,2%) consideravam sua saúde regular e 24 (17,1%) ruim ou muito ruim. Dos entrevistados, 113 (80,7%) responderam que já foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e 31 (22,1%) que foram diagnosticados com diabetes. Em relação a outros problemas de saúde, 68 (48,6%) disseram já terem tido câncer (próstata, mama, tireóide, reto, intestino), infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas (angina, arritmia), hipercolesterolemia, pancreatite, catarata, glaucoma e outras doenças na visão, psoríase, aneurisma, gota, osteoporose, bursite, hérnias de disco e outras doenças na coluna, artrose, depressão, doenças renais, lúpus, trombofilia, hipertireoidismo, vitiligo, hérnia inguinal, gastrite, acidente vascular cerebral (AVC), labirintite, doença de Chagas e varizes dos membros inferiores.

Os hábitos de saúde bucal também foram avaliados (Tabela 3). Observou-se que 76 (54,3%) dos indivíduos responderam que escovavam os dentes todos os dias. Cabe ressaltar que 60 (42,9%) indivíduos eram edêntulos, sendo classificados nesse questionamento como “não se aplica”. Dos indivíduos que afirmaram escovar os dentes todos os dias, 53 (69,7%) realizavam a escovação até duas vezes por dia e 23 (30,3%) faziam a higiene oral três vezes ou mais por dia. O uso de creme dental foi um hábito frequente em 78 (55,7%) dos casos e apenas 8 (5,7%) dos indivíduos entrevistados relataram que faziam uso de fio dental diariamente. Entre os idosos que faziam uso de prótese dentária, 88 (93,6%) costumavam escová-la todos os dias, enquanto 6 (6,4%) não tinham este hábito. No que se refere ao hábito de retirar a(s) prótese(s) para dormir à noite, 45 (47,9%) dos idosos responderam que tinham este hábito (Tabela 3).

A morbidade bucal referida foi investigada perguntando aos participantes do estudo se esses tiveram dor de dente nos últimos seis meses. Utilizou-se como referência o instrumento adotado no exame nacional de Saúde Bucal da população brasileira (SB BRASIL) em 2020. Neste questionamento, 68 (48,6%) dos indivíduos responderam que não sentiram dor de dente nos últimos 6 meses. Também foi perguntado se houve dor na face, nos lados da cabeça, na

região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses. A essa pergunta, 92 entrevistados (65,7%) responderam negativamente (Tabela 3).

Quanto ao acesso e utilização do serviço de saúde bucal no último ano, observou-se que 103 (73,6%) dos indivíduos disseram que não procuraram atendimento odontológico, 33 (23,6%), disseram que procuraram e foram atendidos e 4 (2,8%) procuraram e não foram atendidos e/ou foram agendados para outro dia ou outro local. A maioria dos entrevistados (73, que corresponde a 52,1%) relataram que a última consulta com um cirurgião dentista foi realizada há mais de 3 anos. A última consulta foi realizada no serviço particular, por plano e/ou convênio de saúde por 107 (76,4%) dos participantes. Apenas 33 (23,6%) realizaram sua última consulta de saúde bucal no serviço público de saúde. O motivo principal da busca por atendimento foi a confecção de próteses dentárias para 74 (52,9%) dos entrevistados, seguido da procura por extração dentária para 45 (32,1%) dos idosos (Tabela 4).

Quando perguntados como avaliam sua saúde bucal, 82 (58,6%) dos idosos a consideravam boa/ muito boa. Sobre a necessidade de tratamento odontológico autoreferida, 83 (59,3%) responderam que necessitavam de tratamento no momento da entrevista. Ao exame bucal, observou-se que 124 (88,6%) dos idosos apresentavam 13 ou mais dentes perdidos e a média de CPOD observada foi de 26,84 dentes afetados pela cárie. Cabe ressaltar que o percentual de dentes perdidos (94,5%) foi o extrato que mais contribuiu para o valor do CPOD encontrado. A presença de implante dentário foi referido por 1 (0,7%) dos idosos entrevistados (Tabela 5).

Observa-se também na Tabela 5, que o número de entrevistados que fazia uso de próteses dentárias foi 94 (67,1%), enquanto 46 (32,9%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese. Entre os indivíduos que utilizavam prótese, 47 (50,0%) dos idosos examinados utilizavam próteses no arco superior e inferior, 44 (46,8%) utilizavam apenas no arco superior e 3 (3,2%) apenas no arco inferior. A necessidade de prótese foi observada em 92 (65,7%) dos entrevistados, sendo que no arco superior a necessidade observada na maioria dos idosos foi de prótese dentária total (68, que correspondeu a 48,6% dos examinados) e no arco inferior observou-se a necessidade de prótese fixa ou removível para substituição de um ou mais elementos dentários, em 67 (47,9%) dos idosos examinados (Tabela 5).

No Gráfico 1, é possível observar o uso de prótese distribuído pelo tipo e localização da unidade protética. Dos indivíduos que faziam uso de prótese, 22,9% utilizavam apenas prótese total removível (PTR) no arco superior, 21,4% utilizavam PTR nos arcos superior e inferior,

8,6% utilizavam prótese parcial removível (PPR) apenas no arco superior, 6,4% utilizavam PTR superior e PPR inferior, 4,3% utilizavam PPR superior e inferior, 2,1% utilizavam PPR apenas inferior e 1,4% utilizavam PPR superior e PTR inferior (Gráfico 1).

A respeito do impacto da saúde bucal na vida diária, 79 (56,4%) dos idosos relataram que tiveram dificuldade pra comer por causa dos dentes; a maioria (94, que corresponde a 67,1% dos entrevistados) respondeu que não teve dificuldade para falar por causa dos dentes; os dentes não incomodaram ao escovar em 95 (67,9%) dos casos; 125 (89,3%) dos entrevistados relataram que os dentes não incomodaram a praticar esporte, 63 (45%) relataram que os dentes já os deixaram nervosos ou irritados, 100 idosos (71,4%) declararam nunca terem deixado de sair, se divertir ou ir a festas/ passeios por causa dos dentes; 77 (55,0%) nunca sentiram vergonha de sorrir ou de falar por causa dos dentes; 97 (69,3%) afirmaram que os dentes nunca atrapalharam durante a execução de tarefas escolares ou de trabalho; 76 (54,3%) disseram nunca ter dormido mal por causa dos dentes (Tabela 6).

Tabela 1- Distribuição de número e percentual da população quilombola estudada de acordo com características sociodemográficas e econômicas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Sexo		
Feminino	78	55,7%
Masculino	62	44,3%
Idade		
Até 70 anos	80	57,1%
71 anos e mais	60	42,9%
Estado Civil		
Com companheiro(a)	53	37,9%
Sem companheiro(a)	87	62,1%
Raça		
Pretos/ Pardos	127	90,7%
Branco	13	9,3%
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	82	58,6%
Com algum grau de escolaridade	58	41,4%
Renda mensal individual		

Menor ou igual a 1 salário mínimo	118	84,3%
Superior a 1 salário mínimo	22	15,7%
Renda mensal familiar		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	31	22,1%
Superior a 1 salário mínimo	109	77,9%
Nº de moradores por domicílio		
Até 3 pessoas	113	80,7%
Acima de 3 pessoas	27	19,3%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Distribuição de número e percentual de hábitos de vida e condições de saúde geral de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Fumantes	15	10,7%
Não fumantes	68	48,6%
Ex fumantes	57	40,7%
Ingerem bebida alcoólica		
Sim	42	30,0%
Não	98	70,0%
Autoavaliação de saúde		
Muito boa/ boa	57	40,7%
Regular	59	42,2%
Ruim/ muito ruim	24	17,1%
Hipertensos		
Não	27	19,3%
Sim	113	80,7%
Diabéticos		
Não	31	22,1%
Sim	109	77,9%
Outros problemas de saúde		
Sim	68	48,6%
Não	72	51,4%

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 3 – Distribuição de número e percentual de hábitos de saúde bucal e morbidade bucal referida de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Escovação dentária		
Não escovam os dentes todos os dias	04	2,9%
Escovam os dentes todos os dias	76	54,3%
Escova até 2x por dia*	53	69,7%
Escova 3 ou mais vezes por dia*	23	30,3%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do creme dental		
Sim	78	55,7%
Não	02	1,4%
Não se aplica	60	42,9%
Uso do fio dental		
Sim	8	5,7%
Não	72	51,4%
Não se aplica	60	42,9%
Escovação da prótese diariamente**		
Sim	88	93,6%
Não	06	6,4%
Retirada da prótese para dormir**		
Sim	45	47,9%
Não	49	52,1%
Referência de dor de dente nos últimos 6 meses		
Sim	12	8,6%
Não	68	48,6%
Não se aplica	60	42,9%
Referência de dor na face nos últimos 6 meses		
Sim	48	34,3%
Não	92	65,7%

Fonte: elaborado pela autora

*Percentual calculado do total de indivíduos que escovam os dentes todos os dias.

**Percentual calculado do total de indivíduos que possuem prótese (94 idosos – 67,1% da população examinada)

Tabela 4 – Distribuição de número e percentual de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Procura pelo atendimento odontológico, no último ano		
Não procurou	103	73,6%
Sim, não foi atendido ou foi agendado para outro dia ou outro local	04	2,8%
Sim, procurou e foi atendido	33	23,6%
Tempo da última consulta odontológica		
Até 1 ano	37	26,4%
Entre 1 e 3 anos	30	21,4%
Há mais de 3 anos	73	52,1%
Local do Atendimento		
Serviço Público	33	23,6%
Serviço particular/ plano/ convênio	107	76,4%
Motivo da última consulta		
Extração	45	32,1%
Prótese	74	52,9%
Outros	21	15,0%

Fonte: elaborado pela autora

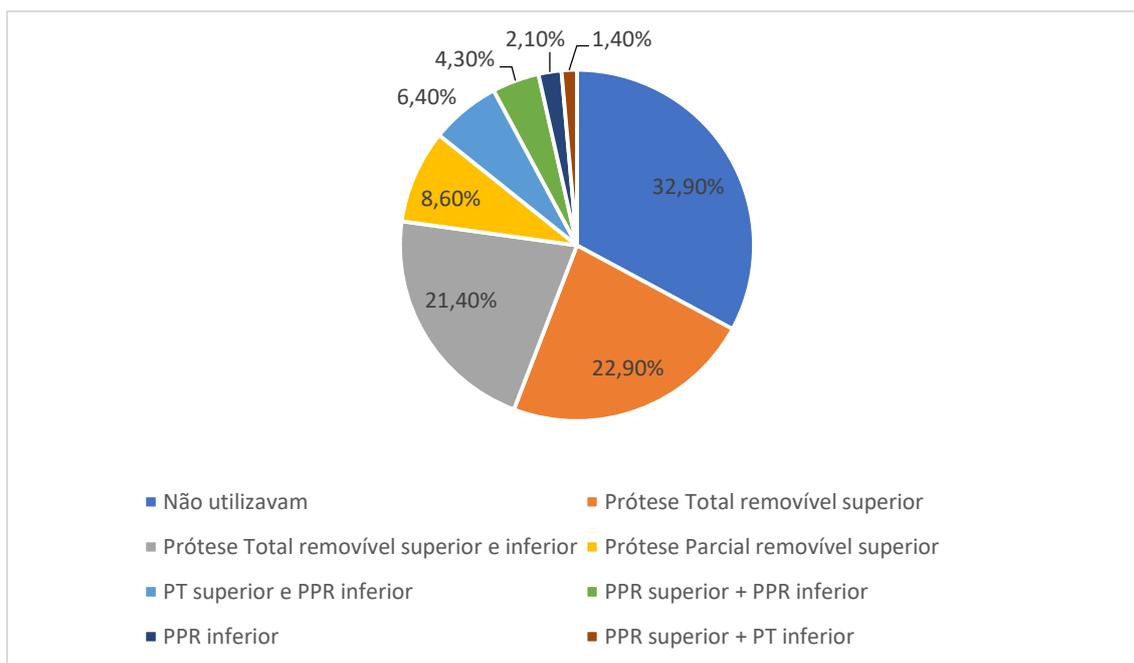
Tabela 5 – Distribuição de número e percentual do uso e necessidade de próteses dentárias, da autoavaliação da saúde bucal, e da média do índice de CPO-D da população de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Autoavaliação de saúde bucal		
Muito boa/ boa	82	58,6%
Regular	33	23,6%
Ruim/ muito ruim	25	17,8%
Necessidade de tratamento odontológico autoreferido		
Não	49	35,0%
Sim	83	59,3%

Não sabe/ não respondeu	08	5,7%
Número de dentes perdidos		
13 ou mais dentes	124	88,6%
Até 12 dentes	16	11,4%
<i>Média CPO-D = 26,84 Desvio padrão = 6,4 Percentual de perdas dentárias = 94,5%</i>		
Presença de implante dentário		
Não	139	99,3%
Sim	1	0,7%
Não uso de prótese		
Não uso de prótese	46	32,9%
Uso de prótese		
Inferior*	03	3,2%
Superior*	44	46,8%
Duas arcadas*	47	50,0%
Necessidade de prótese		
Não	48	34,3%
Sim	92	65,7%
Necessidade de prótese superior		
Não necessita	40	28,6%
Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	32	22,9%
Necessita de prótese dentária total		
	68	48,6%
Necessidade de prótese inferior		
Não necessita	24	17,1%
Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para a substituição de um ou mais elementos	67	47,9%
Necessita de prótese dentária total		
	49	35,0%

Fonte: elaborado pela autora

Gráfico 1: Distribuição percentual do uso de próteses dentárias de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6 – Distribuição de número e percentual de impacto da condição bucal na vida diária de idosos quilombolas, Vitória da Conquista – Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas), 2022/2023.

Variável	N (140)	% (100)
Dificuldade para comer por causa dos dentes		
Sim	79	56,4%
Não	61	43,6%
Dificuldade para falar por causa dos dentes		
Sim	46	32,9%
Não	94	67,1%
Os dentes incomodaram ao escovar		
Sim	45	32,1%
Não	95	67,9%
Os dentes incomodaram a praticar esportes		
Sim	15	10,7%
Não	125	89,3%
Ficou nervoso(a) ou irritado(a) por causa dos dentes		
Sim	63	45,0%

Não	77	55,0%
Deixou de sair, se divertir, ir a festas/passeios por causa dos dentes		
Sim	40	28,6%
Não	100	71,4%
Sentiu vergonha de sorrir/ falar por causa dos dentes		
Sim	63	45,0%
Não	77	55,0%
Os dentes atrapalharam estudar/ trabalhar		
Sim	43	30,7%
Não	97	69,3%
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes		
Sim	64	45,7%
Não	76	54,3%

Fonte: elaborado pela autora

Comentários gerais dos resultados principais da pesquisa

Os estudos epidemiológicos são utilizados para traçar o perfil de saúde de uma população, bem como de seus determinantes sociais e a relação que essa população tem com os serviços ofertados. Isso serve para conduzir o planejamento em saúde, auxiliando na detecção do impacto de saúde bucal das comunidades estudadas por meio de variáveis sociodemográficas, clínicas e de acesso aos serviços de saúde bucal (BULGARELI *et al.*, 2018).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a projeção da população idosa do Brasil (pessoas com 60 anos ou mais) seria de aproximadamente 33,6 milhões em 2023, sendo que, as mulheres representariam 56% e os homens 44% da estimativa populacional. Os resultados encontrados neste estudo (44,3% de indivíduos do sexo masculino e 55,7% do sexo feminino) corroboram com as projeções observadas pelo IBGE.

O envelhecimento se desenha como um fenômeno feminino, principalmente em idades mais avançadas (SOUSA *et al.*, 2018). Segundo Rodrigues e Gonçalves (2019), isto se deve ao fato de que os homens utilizam mais bebidas alcólicas e tabaco, procuram menos os serviços

de saúde e estão mais expostos, quando jovens, a mortes por causas externas como acidentes de trânsito e homicídios.

A população quilombola estudada apresentou-se na sua maioria, na faixa etária entre 60 a 70 anos (57,1%), com uma baixa renda individual (80,7% recebiam até 1 salário mínimo), e um alto grau de analfabetismo (58,6%). É importante enfatizar que a população quilombola é um grupo étnico vulnerável socialmente, de baixo poder econômico, historicamente com mais dificuldades de acesso e / ou permanência na educação formal, e com maiores fatores de risco para uma saúde mais deficiente, enfrentando constantemente situações de discriminação e preconceito nos mais diversos ambientes (DURAND & HEIDEMAN, 2019).

A média de CPO-D encontrada no estudo foi de 26,84 dentes afetados pela cárie, onde o maior componente foi de perdas dentárias (94,5%). Nos resultados preliminares do SB Brasil 2020 (BRASIL, 2022), a média de CPO-D de 65 a 74 anos foi de 23,3. Apesar da diminuição da média do CPO-D, a maior proporção continua sendo de dentes perdidos (86,3%). Embora os dados preliminares apontem para a diminuição do valor do CPOD no levantamento de 2020, essa melhora não é percebida neste estudo com a população idosa quilombola, cujos resultados se aproximam mais dos dados do SB Brasil 2010. Cabe ressaltar que a população idosa quilombola ainda sofre os reflexos da desigualdade no acesso à saúde vivida ao longo de décadas de exclusão social, o que acarretou prejuízos relacionados à cor da pele, tornando-os mais vulneráveis e com evidentes traços de iniquidades (SOUZA; SILVA; SOUZA, 2022).

O uso de próteses dentárias foi predominante na arcada superior. Do total de pessoas que faziam uso de próteses, 47 (50%) utilizavam nas duas arcadas, enquanto 44 (46,8%) utilizavam apenas na arcada superior. Apenas 3 (3,2%) dos indivíduos utilizavam prótese somente na arcada inferior, sendo a prótese total removível, o tipo de prótese mais utilizada. A necessidade de prótese, foi observada em 92 (65,7%) dos entrevistados, sendo que no arco superior a necessidade observada na maioria dos idosos foi de prótese dentária total (68, que correspondeu a 48,6% dos examinados) e no arco inferior observou-se a necessidade de prótese fixa ou removível para substituição de um ou mais elementos dentários, em 67 (47,9%) dos idosos examinados.

O uso de prótese total da arcada superior em detrimento da inferior justifica-se pela maior dificuldade de adaptação de próteses na mandíbula em relação à maxila. Na maioria das vezes, uma das consequências da perda dentária é a reabsorção constante do osso alveolar, principalmente na mandíbula. Isso acarreta condições clínicas desfavoráveis ao uso da prótese,

já que sua estabilidade e retenção ficam comprometidas, levando os idosos a uma maior dificuldade de utilizá-las (COOPER, 2009).

Porém, apesar da condição de saúde bucal observada nessa população, a autoavaliação de saúde bucal foi considerada boa/ muito boa por 58,6% dos idosos entrevistados, com pouco e / ou muito pouco impacto das atividades da vida diária (apenas foi relatada dificuldade para comer por causa dos dentes (56,4%). Isso mostra que, apesar de apresentarem um alto índice de perdas dentárias ao exame clínico bucal, a maioria dos idosos não se percebe com uma saúde bucal insatisfatória. Silva e Fernandes (2001), sinalizaram que a percepção de saúde bucal é um indicador de saúde relevante pois une as respostas subjetivas, valores e culturas de cada indivíduo com os aspectos clínicos encontrados pelo examinador, que, não necessariamente, terão concordância. Ainda segundo esses autores, há um “conformismo” que leva os idosos a aceitarem as doenças de origem bucal como irremediáveis. Somado a isso, esses idosos são de uma época onde o tratamento da cárie era a extração dentária e a instalação de próteses totais.

Essa percepção também se reflete na busca e utilização dos serviços de saúde bucal, onde os resultados mostram que 52,1% dos entrevistados haviam procurado por uma consulta odontológica há mais de 3 anos, com maior procura pelo serviço particular / plano/ convênio de saúde (76,4%). Cabe destacar que o principal motivo referenciado para a busca do serviço odontológico foi para a confecção de prótese dentária (52,9% da população investigada). Ressalta-se que, no município de Vitória da Conquista – BA, há a oferta de serviço apenas de prótese total removível no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por meio do SUS, porém existe uma demanda reprimida nas unidades de saúde aguardando agendamento para este tipo de atendimento. Por se tratar de um serviço que requer várias consultas, a demora na marcação e entrega das próteses pode estar levando os usuários a procurarem o serviço privado. Já os serviços de próteses parciais removíveis e próteses fixas não são ofertados pelo SUS no município, levando esses usuários também a procurarem o serviço privado.

Considerações finais

O perfil encontrado nos idosos quilombolas de São Joaquim de Paulo e Barrocas, foi predominantemente de mulheres, na faixa etária até 70 anos, sendo a maioria composta por pretos(as) e pardos(as), com baixa renda, baixo grau de escolaridade, com uma média de CPO-D de 26,84 dentes afetados pela cárie, composta por uma alta prevalência de perda dentária, porém com escassa procura e/ou acesso aos serviços odontológicos. Apesar disso, os idosos

investigados avaliaram sua saúde bucal como boa e/ou muito boa, e com baixo impacto negativo nas atividades de vida diária.

A observação da condição da saúde bucal dessa população revelou uma grande necessidade de reabilitação protética para a maioria dos idosos quilombolas, e para tentar resolver este problema, a maioria da população referenciou a busca pelo serviço particular, plano de saúde e/ ou convênio.

Este estudo aponta para a necessidade de estratégias que auxiliem essa população no cuidado preventivo, assistencial e reabilitador da saúde bucal, e com o intuito de auxiliar o município de Vitória da Conquista a qualificar sua assistência em saúde bucal para o público idoso, foi elaborado este relatório técnico, a fim de apresentar os principais dados encontrados nesta pesquisa, bem como reafirmar a importância da utilização da Epidemiologia no planejamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde a partir das reais necessidades da população. Seu principal objetivo é contribuir para criar novas estratégias de atenção à saúde bucal para o público idoso junto à Gestão municipal.

REFERÊNCIAS

BULGARELI, J.V.; FARIA, E.T.; CORTELAZZI, K.L.; GUERRA, L.M.; MENEGHIM, M.C.; AMBROSANO, G.M.B.; FRIAS, A.C.; PEREIRA, A.C. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. 2018;52:44.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010 – 2060. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>. Acesso em: 04 jun. 2023.

MAIA, F. B. M. Fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte no Nordeste do Brasil. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p.44. 2015. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8865/2/arquivo%20total.pdf> . Acesso em: 16 jun. 2023.

MAIA, L.C.; COSTA, S.M.; MARTELLI, D.R.B.; CALDEIRA, A.P. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? **Rev. Bioét.** vol.28(1): 173-81. Brasília Jan./Mar. 2020.

SEERIG, L.M.; NASCIMENTO, G.G.; PERES, M.A.; HORTA, B.L.; DEMARCO, F.F. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. **J. of Dentistry**. 43 (2015) 1051–1059.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C.; Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 2001. 35(4): 349-55.

SOUSA, N.F.S.; LIMA, M.G.; CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2018; 34(11).

SOUZA, N.D.D.; SILVA, P.R.O.; SOUZA, J.C. Saúde da pessoa idosa quilombola e vulnerabilidade socioeconômica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p. 1836-1842 jan./fev. 2022.

VIRTUOSO JR.,J.S.; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2008; 54(5): 430-5.

APÊNDICE F – CARD CONVITE PARA A DEFESA DA DISSERTAÇÃO

Convite!

Convidamos a todos para a apresentação da pesquisa de Mestrado intitulada “Perfil da saúde bucal de idosos quilombolas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista-Bahia” realizada por

Gabriela Barreto

Data: a combinar | **Horário:** a combinar | **Local:** USF Capinal



MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE PESQUISA

BLOCO A: Identificação

A1. Data: __/__/____

A2. Número de ordem do examinado: _____

A3. Nome do Entrevistador: _____

A4. Localidade: () Barrocas () São Joaquim de Paulo

A5. Data de nascimento: __/__/__

A6. .Sexo: 0.() F 1.() M

A7. .Estado Civil

0. () Solteiro (a) 1. () Casado (a) 2. () Divorciado (a) / Separado(a)

3. () Viúvo (a) 4. () União estável 9. () Ignorado / Não respondeu

A8. Escolaridade

0. () Analfabeto 1. () 1º grau incompleto 2. () 1º grau completo

3. () Ensino médio incompleto 4. () Ensino médio completo 5. () Superior incompleto 6.

() Superior completo

A8.1 Quantos anos o(a) sr.(a) (você) estudou?

A9. Sabe ler e escrever?

0. () Não; 1. () Sim; 9. () Não sei/não respondeu)

A10. Quantas pessoas residem na sua casa? _____

A11. .Renda Mensal Individual Aproximada _____

A12. Renda Mensal Familiar Aproximada _____

A13. Cor ou raça/etnia

() Preta () Amarela () Indígena () Branca () Parda

BLOCO B: Hábitos de vida

B.1.O (a) senhor (a) fuma?

0. () Não 1. () Sim 2. () Ex-fumante

B2. Se sim, há quanto tempo? _____

B3. Se ex fumante, há quanto tempo? _____

B4. O (a) senhor (a) bebe bebida alcoólica?

0. () Não 1. () Sim

B5. O (a) senhor (a) costuma beber qual tipo de bebida alcoólica?

0. () Vinho 1. () Cerveja 2. () Bebida destilada 3. () Não se aplica

BLOCO C: Avaliação da saúde geral

C1. Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde?

0. () Excelente 1. () Muito Boa 2. () Boa 3. () Regular 4. () Ruim 5. () Muito ruim

C2. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?

0. () Não 1. () Sim 2. () Sim. Apenas durante a gravidez 9. () Não sabe/ não respondeu

C3. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?

0. () Não 1. () Sim 2. () Sim. Apenas durante a gravidez 9. () Não sabe/ não respondeu

C4. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem alguma outra doença? Se sim, qual?

BLOCO D: Hábitos de saúde bucal

D1. O (a) senhor (a) costuma escovar os dentes todos os dias?

0. () Não 1. () Sim 2. () Não se aplica

D1.1. Se Sim, Quantas vezes ao dia?

0. () 1 Vez 1. () 2 Vezes 2. () 3 Vezes 3. () 4 Vezes 4. () Mais De 4 Vezes

5. () Não Sabe / não informou 6. () Não se aplica

D2. Usa Creme Dental quando escova seus dentes?

0. () Não 1. () Sim 2. () Não sabe / não informou 3. () Não se aplica

D3. Usa Fio Dental diariamente?

0. () Não 1. () Sim 2. () Não sabe / não informou 3. () Não se aplica

D4. O (a) senhor (a) tem dentadura?

0. () Não 1. () Sim

D4.1. Se sim, de qual tipo? _____

D4.2. O (a) senhor (a) costuma escovar sua dentadura todos os dias?

0. () Não 1. () Sim 2. () Não se aplica

D4.3. O (a) senhor (a) tira a dentadura para dormir à noite?

0. () Não 1. () Sim 2. () Não Se Aplica

BLOCO E: Avaliação da morbidade bucal referida, acesso e utilização dos serviços de saúde bucal

E1. Nos últimos 6 meses, o sr.(a) (você) teve dor de dente?

0. () Não 1. () Sim 8. () Não se aplica

E1.1. Dê uma nota de 0 a 10 pra esta dor: _____

E2. Nos últimos 6 meses o sr.(a) (você) teve dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido?

0. Não () 1. Sim () 8. () Não se aplica 9. () Não sei/ não respondeu

E2.1. Dê uma nota de 0 a 10 pra esta dor: _____

BLOCO F: Acesso aos serviços de saúde bucal

F1. No último ano, o(a) sr.(a) (você) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para ser atendido?

0. () Não procurei; 1. () Procurei e não fui atendido; 2. () Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; 3. () Procurei e fui atendido; 9. () Não sei/não respondeu

F2. Quando o(a) sr. (a) (você) consultou o dentista pela última vez?

0. Até um ano; 2. Mais de 1 ano a 2 anos; 3. Mais de 2 anos a 3 anos; 4. Mais de 3 anos; 5. Nunca foi ao dentista; 9. Não sei/não respondeu).

F3. Onde foi a sua última consulta a um dentista?

0. Nunca foi ao dentista; 1. Serviço público; 2. Serviço particular; 3. Plano de saúde ou convênio; 4. Outros; 9. Não sei/não respondeu)

F4. Qual o motivo da sua última consulta a um dentista?

0. Nunca foi ao dentista; 1. Limpeza, prevenção ou revisão; 2. Dor de dente; 3. Extração; 4. Tratamento dentário (obturação, canal, etc.); 5. Problema de gengiva; 6. Tratamento de ferida na boca; 7. Implante dentário; 8. Coloca o/manuten o de aparelho ortodôntico; 9. Coloca o/manuten o de prótese ou dentadura; 10. Outros; 99. Não sei/não respondeu

F5. O que o (a) sr.(a) (você) achou do tratamento na última consulta ao dentista?

0. Nunca foi ao dentista; 1. Muito bom; 2. Bom; 3. Regular; 4. Ruim; 5. Muito ruim; 9. Não sei/não respondeu

BLOCO G: Autopercep o de saúde bucal, impacto nas atividades diárias e necessidade de tratamento

G1. Em geral, como o(a) sr.(a) (você) avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 9. Não sei/não respondeu)

G2. O sr.(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?

0. Não 1. Sim 9. Não sei/não respondeu)

G3. Qual o motivo principal pelo qual o (a) sr.(a) (você) considera que necessita de tratamento dentário atualmente?

0. Não necessito(a) de tratamento dentário; 1. Revisão/preven o/rotina/limpeza; 2. Sangramento na gengiva; 3. Dor de dente; 4. Dor na gengiva; 5. Colocar

0. () Não 1. () Sim 9. () Não sei/não respondeu

H8. Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer as tarefas da escola/trabalho?

0. () Não 1. () Sim 9. () Não sei/não respondeu

H9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

0. () Não 1. () Sim 9. () Não sei/não respondeu

BLOCO I: Dados do Odontograma

I1. Calcule o CPOD _____

I2. Qual a média de CPOD?

() Abaixo de 20 () Acima de 20

I3. Calcule o número de dentes perdidos: _____

I4. Calcule o percentual de dentes perdidos: _____

I5. Uso de prótese superior:

0. () Não usa prótese dentária

1. () Usa uma ou mais pontes fixas

2. () Usa prótese parcial removível

3. () Usa uma ponte fixa e prótese parcial removível

4. () Usa prótese dentária total removível

5. () Usa prótese dentária total fixa (sobredentadura)

9. () Sem informação

I6. Uso de prótese inferior:

0. () Não usa prótese dentária

1. () Usa uma ou mais pontes fixas

2. () Usa prótese parcial removível

3. () Usa uma ponte fixa e prótese parcial removível

4. () Usa prótese dentária total removível

5. () Usa prótese dentária total fixa (sobredentadura)

9. () Sem informação

I7: Necessidade de prótese superior

0. () Não necessita de prótese dentária

1. () Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento

2. () Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento

3. () Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis para substituição de um e/ou mais elementos

4. () Necessita de prótese dentária total removível

9. () Sem informação

I8: Necessidade de prótese inferior:

I7: Necessidade de prótese superior

0. () Não necessita de prótese dentária

1. () Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento

2. () Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento

3. () Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis para substituição de um e/ou mais elementos

4. () Necessita de prótese dentária total removível

9. () Sem informação

ANEXO B – EXAME CLÍNICO

Cárie e necessidade de tratamento (Todas as idades-índice e grupos étnicos)

	18	17	16	15	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa																	
PUFA																	
Raiz																	
Nec.																	
Coroa																	
PUFA																	
Raiz																	
Nec.																	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

Uso e necessidade de próteses (15-19, 35-44, 65-74 anos)

Uso de prótese	Superior		Superior	
	Inferior		Inferior	
Necessidade de prótese	Superior		Superior	
	Inferior		Inferior	

ANEXO C - CRITÉRIOS DAS VARIÁVEIS E INDICADORES DA PESQUISA

1 - DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

Os indicadores de saúde bucal utilizados neste estudo seguiram as recomendações da OMS, utilizadas para o projeto técnico do levantamento epidemiológico nacional SB Brasil 2020 (BRASIL, 2021).

Cárie Dentária

Os **códigos** e **critérios** são os seguintes:

0 - Coroa Hígida.

Coroa Hígida: Não há evidência clínica de cárie cavitada ou tratada. Estágios iniciais da doença (desmineralizações em esmalte) não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou grave;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Raiz Hígida: A raiz *está exposta* e não há evidência de cárie ou de restauração. Raízes não expostas são codificadas como 8 (raiz não exposta).

1. Coroa cariada

Sulco, fissura ou superfície lisa que apresenta cavidade evidente **ou** tecido amolecido na base **ou** descoloração do esmalte ou de parede **ou** há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido. Nos casos em que a coroa estiver destruída por cárie e somente há presença de raiz residual (resto radicular), deve-se considerar que a cárie se originou na coroa do dente sendo, portanto, codificada somente como coroa cariada.

Raiz: A cárie é registrada como presente quando uma lesão apresenta consistência amolecida ou em lascas à sondagem com a sonda CPI. Se a lesão de cárie na raiz não envolver a coroa, deve ser registrada como cárie radicular. Para lesões de cárie única que afetam a coroa e a raiz, o provável local de origem da lesão deve ser registrado como o local cariado. Quando

não for possível identificar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz devem ser codificadas como cariados.

2. Coroa restaurada, com cárie:

Há uma ou mais restaurações permanentes e ao mesmo tempo uma ou mais áreas cariadas. Não há distinção entre lesões de cárie primárias ou secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não associadas com a(s) restauração(ões).

Raiz: Uma raiz é considerada obturada, com cárie, quando possui uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais superfícies com cárie. Nenhuma distinção é feita entre cárie primária e secundária. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, a identificação do local de origem é mais difícil. Para qualquer restauração envolvendo a coroa e a raiz com cárie secundária, o local mais provável da lesão cariosa primária é registrado como restaurado, com cárie. Quando não é possível identificar o local da lesão cariosa primária, tanto a coroa quanto a raiz devem ser codificadas como restaurados, com cárie.

3. Coroa restaurada, sem cárie:

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou secundária. Um dente com coroa colocada devido à cárie é incluído nesta categoria. Um dente com coroa por outras razões que não a cárie ou como suporte de prótese é codificado como H ou 7 (apoio de ponte ou coroa).

Raiz: Uma raiz é considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não há cárie em qualquer lugar da raiz. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, a identificação do local de origem é mais difícil. Para qualquer restauração envolvendo a coroa e a raiz, o local mais provável da lesão cariosa primária é registrado como restaurado. Quando não for possível identificar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz devem ser codificadas como restauradas.

4. Perdido devido à cárie:

Um dente decíduo ou permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. A condição radicular de um dente registrado como perdido devido à cárie deverá ser codificada como “7” ou “9”.

5. Perdido por outras razões:

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. A condição radicular de um dente registrado como perdido devido à cárie deverá ser codificada como “7” ou “9”.

6. Apresenta selante:

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código B ou 1 (cariado).

7. Apoio de ponte ou coroa / implante:

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 (perdido devido à cárie) ou 5 (perdido por outras razões). Neste caso, lançar o código 9 na casela de raiz.

Implante: Este código é usado para condições de raiz para indicar que um implante dentário foi incluído como apoio de ponte.

8. Não erupcionado ou raiz não exposta:

Quando o dente permanente ainda não erupcionou, atendendo à cronologia da erupção e não há o dente decíduo no espaço. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, traumatismo dentário, etc.

9. Dente excluído:

Aplicado a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias graves etc.). No caso de raiz, este código também deve ser escolhido quando o exame é inviabilizado pela presença de cálculo ou quando o dente foi extraído (código 4 ou 5 na coroa).

Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Foi assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

As observações ao exame levaram em conta os códigos e critérios descritos a seguir:

Uso de Prótese

- 0.** Não usa prótese dentária;
- 1.** Usa uma ou mais pontes fixas;
- 2.** Usa prótese parcial removível;
- 3.** Usa uma ponte fixa e prótese parcial removível;

4. Usa prótese dentária total removível;
5. Usa prótese dentária total fixa (sobredentadura/sobreimplante/overdenture);
9. Sem informação.

Necessidade de prótese:

0. Não necessita de prótese dentária;
1. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento;
2. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento;
3. Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais elemento(s);
4. Necessita de prótese dentária total;
9. Sem informação.

A necessidade de prótese avaliou a qualidade das próteses quando essas estiveram presentes. A troca da prótese foi recomendada quando não atendeu a pelo menos um desses critérios:

Retenção: prótese folgada ou apertada;

Estabilidade e reciprocidade: prótese apresentando deslocamento ou báscula;

Fixação: prótese lesiona os tecidos e/ou mucosa;

Estética: prótese apresenta manchas e/ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do indivíduo.

2 - DEFINIÇÃO DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS:

2.1 Sexo: Foram utilizados os códigos 0, para o sexo masculino e 1, para o sexo feminino.

2.2 Data de Nascimento- Foi registrada a data de nascimento completa expressa em dia/mês/ ano (com 4 dígitos), que serviu de base para o cálculo da idade do indivíduo entrevistado.

2.3 Estado civil: Foram utilizados os seguintes códigos: 0 – solteiro(a), 1 – casado(a), 2 – divorciado(a)/separado(a), 3 – viúvo(a), 4 – união estável, 9 – ignorado/ não respondeu.

2.4 Raça: Foram utilizados os seguintes códigos: 0 – branca, 1 - preta, 2 - amarela, 3 – parda, 4 – indígena, 5 – não sabe (auto-declarada);

2.5 Escolaridade: foram adotados os critérios de acordo com o grau de escolaridade cursado e / ou concluído pelo entrevistado, a saber: 0 – Analfabeto, 1 – Primeiro grau

incompleto, 2 – Primeiro grau completo, 3 – Ensino médio incompleto, 4 - Ensino médio completo, 5 – Superior Incompleto, 6 – Superior Completo

2.5 Renda: é todo e qualquer rendimento recebido pelos membros (integrantes) da família no mês anterior ao da pesquisa, procedente de salários, vencimentos, gratificações, soldos, aluguel e sublocação de imóveis, de negócios em sociedade e de negócios próprios, de pensões e aposentadorias, de aluguel de vagas e/ou contribuição de pensionistas, por uso de moradia ou consumo de refeições. Rendimentos de valores e títulos mobiliários, desdobramento e reembolso de capitais, rendas do trabalho de profissões liberais, rendas de autônomos, biscateiros e transferências como pensão e aposentadorias, bolsa de estudos e outros ressarcimentos fazem parte deste conceito.

2.5.1 Renda Mensal Individual Aproximada: Foi obtida a renda mensal da pessoa examinada, considerando como o valor de seu provimento mensal, excluído o rendimento das demais pessoas da Unidade Familiar. A renda foi anotada em reais, sem centavos. Utilizou-se o critério 9 – Não informou.

2.5.2 Renda Mensal Familiar Aproximada - Foi obtida a renda mensal da família, considerando como tal a soma dos rendimentos mensais dos componentes da Unidade Familiar. Foi anotada a renda em reais, sem centavos. Utilizou-se o critério 9 – Não informou.

1 - DEFINIÇÃO DOS HÁBITOS GERAIS DOS ENTREVISTADOS

1.1. Existência de doenças - refere-se ao questionamento que busca diferenciar a presença de doenças crônicas ou agudas, nos últimos 12 meses, através dos códigos: 0 – Não, 1 – Sim, e da pergunta qual enfermidade.

3.3. Tabagismo – Diz respeito ao conceito de fumante regular de cigarro, recomendado pela OMS (DATASUS, 2005), que pressupõe que o indivíduo é fumante, caso este fume atualmente ou já fumou pelo menos 100 cigarros na vida. Utilizar os critérios: 0 – Não, 1- Fumante, 2 – Ex-fumante.

3.4. Etilismo - O etilismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool. É entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, porém, o uso moderado de álcool, até dois drinques por dia para homens e um drinque por dia para mulheres e idosos (um drinque padrão é uma lata de cerveja, uma taça de 120 ml de vinho, ou 36 ml de uísque) não é prejudicial para a maioria dos adultos.

Para esta investigação foi adotado o conceito no qual o hábito de ingerir bebida alcoólica esteve associado ao baixo risco de desenvolver problemas, que se caracterizou pelo consumo para homens (21 Unidades ao longo da semana) e mulheres (14 Unidades ao longo da semana), sendo 1 unidade corresponde a 10 g de álcool ingerida (que varia do nível de teor alcoólico de cada bebida específica). Utilizar os critérios: 0 – Não, 1 – Sim.

Na caracterização deste indicador, foi perguntado qual o tipo de bebida alcoólica ingerida pelo entrevistado, sendo: 0 – Vinho, 1 – Cerveja, 2 – Bebida destilada, 3 - Não se aplica (para quem respondeu não ingerir bebida alcoólica na pergunta anterior).

3.5. Avaliação da saúde geral – diz respeito à forma como o entrevistado classificou sua saúde geral. Foi pedido para que esta avaliação se enquadrasse nas categorias 0 – excelente, 1 – muito boa, 2 – boa, 3 – regular, 4 – ruim, 5 – muito ruim.

3.6. Hábitos de higiene oral – diz respeito à referência do entrevistado ao hábito de escovar os dentes todos os dias (0 – Não, 1 – Sim, 3 – Não se aplica, para o caso dos entrevistados edêntulos) e ao número de vezes que esta escovação é feita durante o dia (0 – 1 vez, 1 – 2 vezes, 2 – 3 vezes, 3 – 4 vezes, 4 – mais de 4 vezes, 5 – não sabe/ não informou, 6 – não se aplica, para o caso dos entrevistados edêntulos).

Os hábitos de higiene ainda abordaram: a rotina do uso do creme dental e do fio dental como auxiliares da escovação dentária diária, com a utilização dos critérios: 0 – Não, 1 – Sim, 3 – Não sabe / não informou, 4 - Não se aplica.

Para o caso dos entrevistados edêntulos, o uso e cuidado com a prótese dentária em três questionamentos: 1. Para o uso, foram adotados os critérios: 0 – Não, 1 – Sim, e de qual tipo. Para a escovação diária da prótese, os critérios adotados foram: 0 – Não, 1 – Sim, 3 - Não se aplica, para o caso dos entrevistados que não possuíam prótese dentária.. Para a rotina de retirada da prótese para dormir à noite, os critérios adotados foram: 0 – Não, 1 – Sim, 3 - Não se aplica, para o caso dos entrevistados que não possuíam prótese dentária.

4. Avaliação da morbidade bucal referida, do acesso e utilização dos serviços de saúde bucal:

4.1 Dor dentária e gravidade da dor: definida numa escala de 0 a 10, onde 0 representa nenhuma dor e 10 representa quadro de dor muito forte;

4.2 Dor orofacial e gravidade da dor: definida numa escala de 0 a 10, onde 0 representa nenhuma dor e 10 representa quadro de dor muito forte;

4.3 Acesso ao serviço e critérios adotados: 0 – Não procurou, 1- Procurou e não foi atendido, 2- Procurou e foi agendado para outro dia/ local, 3 – Procurou e foi atendido, 9 – Não sabe/ não respondeu;

4.4 Tipo de serviço e critérios adotados: 0 – Nunca foi ao dentista; 1- Serviço público; 2 - Serviço particular; 3- Plano de saúde ou convênio; 4- Outros; 9- Não sabe/não respondeu).

1 - Serviço Público. Qualquer serviço que pertencesse à rede SUS ou, caso não pertencesse ao SUS, fosse mantido pelo poder público. É importante enfatizar que os serviços gratuitos não necessariamente podem se encaixar nesta categoria.

2 - Consultório Privado. Enquadraram-se nesta categoria consultórios e clínicas odontológicas, onde o atendimento ocorreu por meio do pagamento direto ao profissional.

3 - Consultório Privado (Planos e Convênios). Quando o atendimento ocorreu em clínicas e/ou consultórios odontológicos privados, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de saúde, seguro ou convênio com empresas.

4 - Serviço Filantrópico. Tipo de serviço em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a entidades filantrópicas (igrejas, clubes, fundações, associações etc.)

5 – Outros. Quando não foi possível se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

4.5 Frequência do uso do serviço de saúde bucal 1- Até um ano; 2- Mais de 1 ano a 2 anos; 3 - Mais de 2 anos a 3 anos; 4 - Mais de 3 anos; 5 - Nunca foi ao dentista; 9- Não sabe/não respondeu).

4.6 Motivo e critérios adotados: 0- Nunca foi ao dentista; 1- Limpeza, prevenção ou revisão; 2 - Dor de dente; 3 - Extração; 4 - Tratamento dentário (obturação, canal, etc.); 5 - Problema de gengiva; 6 - Tratamento de ferida na boca; 7- Implante dentário; 8 - Coloca o/manuten o de aparelho ortodôntico; 9- Coloca o/manuten o de prótese ou dentadura; 10 - Outros; 99 -Não sabe/não respondeu.

Referiu-se   queixa principal do paciente no último atendimento odontológico.

0 - Nunca foi ao dentista. Foi assinalada esta alternativa nos casos em que a questão que dizia respeito   ida ao dentista alguma vez na vida foi NÃO.

1 - Dor. Quando a procura se deu por causa de dor (em qualquer nível) nos dentes e/ou nas gengivas.

2 - Consulta de rotina/reparos/manuten o. Quando a procura se deu para verificar a existência de necessidades, mas estas não foram percebidas pelo entrevistado.

3 - Extra o Dentária. Quando a procura ocorreu motivada pela preferência do entrevistado pela extra o dentária, com ou sem a presença de dor.

4- Sangramento gengival. Quando a procura se deu em razão de sangramento gengival percebido pelo entrevistado.

5 - Cavidades nos dentes. Quando o entrevistado percebeu a existência de cavidades nos dentes e procurou atendimento.

6 – Ferida, caroço ou manchas na boca. Quando a procura se deu por causa da percepção, por parte do entrevistado, de feridas, caroços ou manchas em sua boca.

7 - Outros. Quando não foi possível enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

4.7 – Avaliação do serviço de Saúde bucal – Referiu-se à forma como o entrevistado classificou sua saúde bucal. 0 Nunca foi ao dentista; 1- Muito boa; 2 -Boa; 3 - Regular; 4 - Ruim; 5 - Muito ruim; 9 - Não sabe/não respondeu.

2 CRITÉRIOS OBSERVADOS PARA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL, NECESSIDADE DE TRATAMENTO E IMPACTO NAS ATIVIDADES DIÁRIAS:

5.1 Necessidade de tratamento – Referiu-se à percepção do entrevistado sobre a sua necessidade atual de tratamento odontológico (0 – Sim, 1 – Não), o motivo do tratamento, se o entrevistado percebe a necessidade de utilizar prótese (0 – Não necessita, 1- Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento, 2 - Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento, 3- Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais elemento(s), 4 - Necessita de prótese dentária total superior ou inferior, 9 – sem informação).

5.2 Impacto da saúde bucal nas atividades diárias – Referiu-se ao impacto positivo ou negativo que a saúde bucal trouxe para as suas atividades diárias (comer, falar, higienizar os dentes, praticar esportes, humor, relações sociais, sentir vergonha, estudar/trabalhar, dormir), sendo 0 – positivo, 1 – negativo e 9- não sabe/ não respondeu.

ANEXO D – RELATÓRIO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Nome:

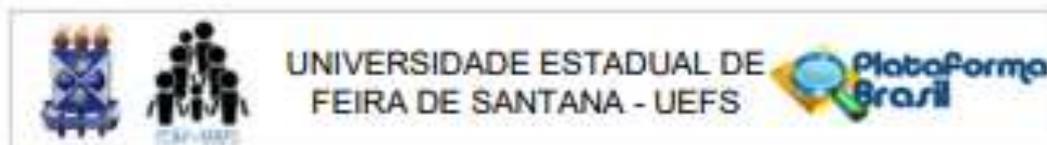
Data: __/__/____

1. () Sem necessidade de tratamento
2. Dentes cariados: _____
3. Dentes com indicação para extração: _____
4. Necessidade de prótese: () SIM () NÃO
5. Tipo de prótese _____
6. Condição periodontal:
 - () Sangramento gengival () Tártaro
 - () Bolsa periodontal () Mobilidade dentária
7. Lesão na mucosa bucal: () SIM () NÃO
8. Tipo da lesão: _____

Gabriela Barreto
 Cirurgiã Dentista responsável
 CRO-BA 12778

Serviço Odontológico Municipal de Referência: USF Capinal Rodovia Vitória da Conquista x Itambé (BA 263), Km 24. Telefone: (77) 98128-3129.

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil da saúde bucal de idosos quilombolas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista- Bahia

Pesquisador: Gabriela Barreto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60322622.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.650.057

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apreciação de retorno de pendência emitido pelo CEP-UEFS nº5 557.148 de 02 de agosto de 2022.

As informações contidas nos itens Apresentação do projeto, objetivo e avaliação de riscos foram retirados do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960162.pdf" anexado em 17 de agosto de 2022.

Trata de protocolo de pesquisa de dissertação de mestrado de Gabriela Barreto, pesquisadora res sob orientação da Prof. Drª Cláudia Cerqueira Graça Carneiro (como pesquisadora assistente em INFORMAÇÕES BÁSICAS - PB) e coorientação do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos.

O nome de Juliana de Souza do Nascimento adicionado como equipe de pesquisa.

"Trata-se de um estudo de abordagem transversal, descritivo, de base populacional, que pretende avaliar a situação da saúde bucal de 250 idosos de 60 anos ou mais residentes em duas localidades quilombolas atendidas pela Equipe de Saúde da Família do Capim, na zona rural do Município de Vitória da Conquista, Bahia (São Joaquim de Paulo e Barrocas).

Uma das vantagens do estudo descritivo é que não há necessidade de grupo controle (BARRETO; ALMEIDA-FILHO, 2011), além do fato de que é um estudo de rápida execução e de baixo custo (BARRETO; ALMEIDA-FILHO, 2011).

Este tipo de estudo é útil quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição de diagnósticos comunitários de situação local de saúde para que, a partir daí, realize-se o

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Mitoúlo I, MA 17

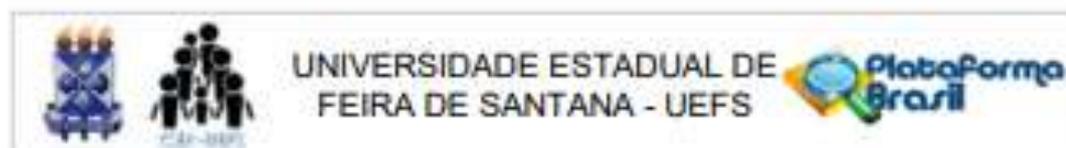
CEP: 44.031-480

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefona: (75)3161-6124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Protocolo: 3.639.057

planejamento da área estudada (BARRETO; ALMEIDA-FILHO, 2011).

Em relação às desvantagens, pode-se considerar que as medições são realizadas em uma única ocasião, sem que haja um período de acompanhamento. Por este motivo, não é capaz de medir exposição e efeito ou causalidade (BARRETO; ALMEIDA-FILHO, 2011).*

***Critério de Inclusão:**

Como critérios de inclusão, serão selecionados idosos na faixa etária de 60 anos ou mais residentes nas localidades descritas anteriormente.

Serão incluídos também idosos analfabetos e analfabetos funcionais de 60 anos ou mais.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo, indivíduos que estejam fora da faixa etária ou que possuam algum grau de dependência mental, cognitiva, psicológica ou física que o torne incapaz de compreender e responder às questões propostas e de ser examinado, e/ou participantes juridicamente incapazes e/ou acamados.*

Objetivo da Pesquisa:

***Objetivo Primário:**

Estudar as relações entre as condições de saúde bucal e a percepção da saúde bucal de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vit. Conquista – BA.

Objetivo Secundário:

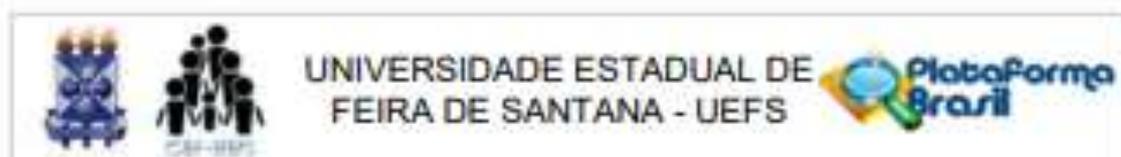
Identificar a prevalência de cárie dentária, do uso e necessidade de próteses dentárias, da condição periodontal e das lesões orais apresentadas pela população de idosos quilombolas residentes nas comunidades de Barrocas e São Joaquim de Paulo, Vit. Conquista – BA. • Descrever os aspectos socioeconômicos, os hábitos de higiene bucal, a morbidade bucal referida e, o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal da população do estudo. • Descrever a autopercepção de saúde bucal e seu impacto na vida diária de idosos quilombolas residentes em duas zonas rurais de Vitória da Conquista-BA, atendidas pela USF Capinal.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

***Riscos:**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipo e gradações variados. No caso desta pesquisa, o participante poderá sentir algum tipo de constrangimento no momento do exame ou da entrevista. Por isso será solicitado que o participante esteja sozinho(a) com os pesquisadores, se possível, em um local reservado do seu domicílio, para garantir a confidencialidade das respostas e evitar qualquer dano emocional, moral, social ou cultural.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 46.231-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Formulário: 5.656.057

Devido a situação de pandemia que se tem vivido e por se tratar de uma pesquisa com entrevista e exame clínico presencial, riscos relacionados ao contágio da COVID-19 podem ser encontrados. Por esta razão medidas preventivas serão adotadas para se evitar esses riscos. Os participantes estarão de máscara durante o processo de entrevista enquanto os pesquisadores assistentes farão uso de máscara PFF2 juntamente com o Face Shield. A entrevista acontecerá no domicílio do participante, buscando-se o local mais ventilado e arejado possível, com todas as portas e janelas abertas.

Benefícios:

Espera-se que este trabalho contribua para traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal desta população e, a partir disso, sejam fornecidas informações que auxiliem no planejamento de ações individuais e coletivas, visando melhorar a qualidade de vida deste público por meio da implementação de políticas públicas de saúde e da melhoria na qualidade do atendimento odontológico prestado.

Além disso, almeja-se que a partir deste estudo pioneiro o desenvolvimento de outras pesquisas no município de Vitória da Conquista com esta temática seja estimulado.

A partir deste estudo, o participante será encaminhado para o atendimento odontológico adequado para seu caso, ofertado pelo Sistema Único de Saúde. Isto trará benefícios para sua saúde bucal e geral.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social uma vez que se propõe a atendimento de população distante dos grandes centros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Observados anteriormente

Recomendações:

Recomenda-se indicar em cada página do TCLE 1 de 4 ou 1/4, assim sucessivamente até 4 de 4 ou 4/4

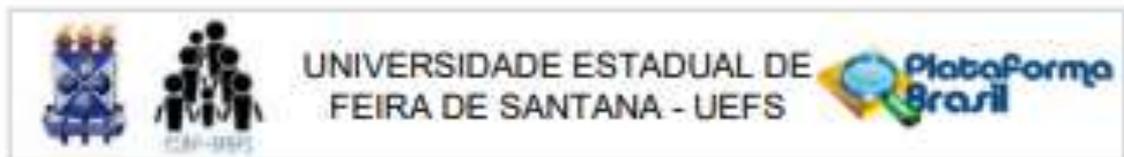
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata da apreciação do retorno à pendências, da seguinte forma, a seguir apresenta-se cada pendência e resposta seguida da análise:

Observou-se o atendimento à recomendação

Recomendações: Recomenda-se que os campos de assinatura do Registro de Consentimento não

Endereço: - Avenida Trabalhadorcestrina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo 1, MA 17 CEP: 44.031-490
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cco@uefs.br



Contribuição do Passado: 6.889.007

estejam em folha separada. É possível escrever as informações em um único período;

RESPOSTA: CORRIGIDO CONFORME RECOMENDADO. A ASSINATURA NÃO FICOU EM UMA PÁGINA SOZINHA NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 4 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 49".

-Quanto ao cronograma:

Solicita-se adequar o prazo de submissão do protocolo ao CEP. Indica o mês de junho. E devido ao protocolo ser apreciado em julho e ainda apresentar pendências é preciso fazer ajuste temporal para a ação. Solicita-se listar como atividade o retorno do relatório da pesquisa para o CEP. No projeto, o cronograma de execução deve apontar o início do estudo em data compatível com a tramitação do protocolo no Sistema CEP/Conep. Deve-se apresentar

compromisso explícito de iniciar o estudo somente após a aprovação final do Sistema CEP/Conep.

RESPOSTA: PRAZOS DE SUBMISSÃO READEQUADOS E AJUSTES TEMPORAIS REALIZADOS. APRESENTADO COMPROMISSO EXPLÍCITO DE INICIAR O ESTUDO SOMENTE APÓS A APROVAÇÃO DO CEP/CONEP, CONFORME CONSTAM NOS ARQUIVOS "NOVOCRONOGRAMAPB.DOCX" E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINAS 34 E 35.

Análise Pendência atendida

-Quanto ao orçamento:

Solicita-se indicar contrapartida da instituição proponente da pesquisa: uso da biblioteca, apoio de grupo de pesquisa; orientação. Deve-se verificar o que é adequado a sua pesquisa.

RESPOSTA: FOI INDICADA A CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE DA PESQUISA, CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS "RECURSOSNECESSÁRIOS.DOCX" E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 36: "A CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE DA PESQUISA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA) SE DARÁ POR MEIO DO USO DA BIBLIOTECA E SEUS RECURSOS PARA APROFUNDAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO (ACESSO A LIVROS E RECURSOS DIDÁTICOS DIGITAIS POR MEIO DAS PLATAFORMAS DE BUSCA CUSTEADAS PELA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO ONDE É POSSÍVEL TER ACESSO A PERIÓDICOS EXCLUSIVOS), BEM COMO DA OFERTA E DISPONIBILIDADE DE UM ORIENTADOR CAPACITADO PARA AUXILIAR NA EXECUÇÃO DO TEMA PROPOSTO.

ALÉM DISSO, A INSTITUIÇÃO DISPONIBILIZA ESPAÇO FÍSICO (SALA) PARA ESTUDOS E REUNIÕES E RECURSOS AUDIOVISUAIS (DATASHOW, INTERNET WIFI, COMPUTADORES) PARA APRESENTAÇÕES DO TRABALHO CONFORME A NECESSIDADE DO ALUNO".

Endereço: Avenida Tancredo Neves, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-400
UF: BA, **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** ceo@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Processo: 6.836.057

O ORÇAMENTO FOI ALTERADO E ACRESCENTADO 1 TABLET. COMO A PESQUISA SERÁ REALIZADA DE FORMA DIGITALIZADA, SERÁ NECESSÁRIA A AQUISIÇÃO DE UM TABLET PARA AUXILIAR NO PREENCHIMENTO DA ENTREVISTA, CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS "RECURSOS NECESSÁRIOS.DOCX" E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 36.

Análise Pendência atendida

-Quanto ao Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, solicita-se:

1) Apresentar a pesquisa de forma convidativa, utilizando linguagem menos formal e mais apropriada ao entendimento dos participantes (Ver Res. 466/12 item II.23). Nota-se alguns termos, tais como: "condição periodontal (avaliação da gengiva)". Solicita-se o uso da linguagem de acordo com os(as) participantes de pesquisa indicados no protocolo;

RESPOSTA: OS TERMOS FORAM ALTERADOS UTILIZANDO UMA LINGUAGEM MENOS FORMAL E MAIS APROPRIADA AO ENTENDIMENTO DOS PARTICIPANTES. O TERMO CONDIÇÃO PERIODONTAL FOI MODIFICADO PARA "CONDIÇÃO DA GENGIVA". O NOVO TCLE FOI BASEADO NO TCLE- ADULTO DO PROJETO SB BRASIL 2020, CONFORME MODIFICADO NOS ANEXOS "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINAS 46,47,48 E 49 E "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINAS 1,2,3 E 4.

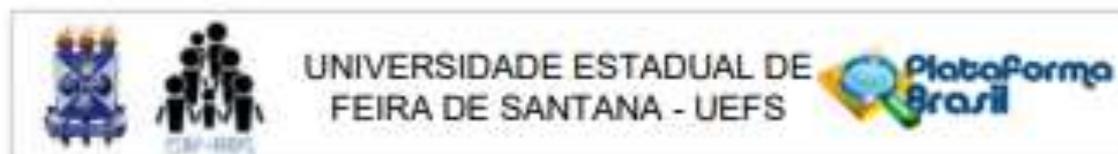
Análise Pendência atendida

2) Conforme Resolução CNS nº 510/2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso IX: "O TCLE deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP." (Ver Res. CNS nº 466/12, item VII.2, item IV.5 letra d).

RESPOSTA: AS INFORMAÇÕES ACIMA JÁ CONSTAVAM NO TCLE ENVIADO ANTERIORMENTE. FOI ACRESCENTADO APENAS O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CEP E REALIZADA ADEQUAÇÃO DA LINGUAGEM, CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 49 E "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 4.

"O(A) SR(A). PODE ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (CEP/UEFS) E COM A COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP), SE ACHAR NECESSÁRIO. O CEP/UEFS FICA

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.531-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.888.003

NOVO HORIZONTE, MÓDULO 1 – MA 17, FEIRA DE SANTANA- BA, TELEFONE (75)3161-8124, E-MAIL: CEP@UEFS.BR. O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO É DE SEGUNDA A SEXTA, DAS 13:30 ÀS 17:30”.

Análise Pendência atendida

3) Esclarecer o tempo que o(a) participante de pesquisa gastará na entrevista e no questionário;

RESPOSTA: CORRIGIDO E ACRESCENTADO CONFORME SOLICITADO NO ARQUIVO “TCLEPENDENCIAS.DOCX” PÁGINA 1 E “PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX” PÁGINA 46: “ A ENTREVISTA E O EXAME DA BOCA TERÃO DURAÇÃO MÁXIMA DE 60 MINUTOS”.

Análise Pendência atendida

5) Informar aos participantes o direito à buscar indenização caso ocorram danos causados pela pesquisa.(Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra h e Res. 510/2016 Capítulo IV § 2º e Capítulo III, Art. 9º VI) Explicitar garantia de direito ao ressarcimento (Ver Res. CNS nº 466/12 item IV.3 letra g); Com relação a informação sobre ressarcimento, O ressarcimento é para gastos com a pesquisa e a indenização que é para danos ou lesões.

No documento apresentado para análise diz: “Também estão assegurados ao(à) Sr(a) a garantia de indenização em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa.” Observa-se que há diferença entre “direito à buscar indenização” e “garantia de indenização”

RESPOSTA: OS TERMOS FORAM MODIFICADOS PARA “PODENDO BUSCAR DIREITO À INDENIZAÇÃO EM CASO DE DANOS DECORRENTES DA PESQUISA” E “CASO HAJA ALGUMA DESPESA, GARANTIMOS O RESSARCIMENTO DO QUE FOI GASTO”. O TERMO “ GARANTIA DE INDENIZAÇÃO” FOI RETIRADO, CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS “TCLEPENDENCIAS.DOCX” PÁGINA 2 E “PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX” PÁGINA 47.

Análise Pendência atendida

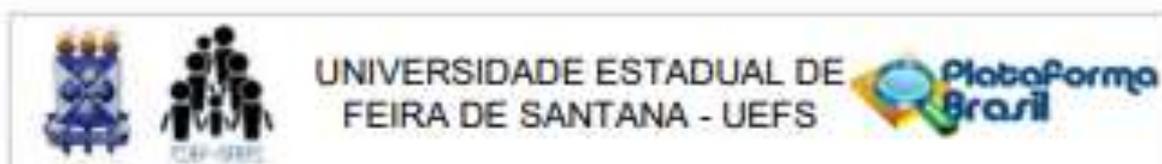
6) Retirar o termo “CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO” do documento.

RESPOSTA: TERMO RETIRADO DOS ARQUIVOS “TCLEPENDENCIAS.DOCX” PÁGINA 4 E “PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX” PÁGINAS 28 E 49.

Análise Pendência atendida

7) Retirar o campo de solicitação de digital do(a) participante da pesquisa como assinatura. Tendo em vista que: Resolução CNS 510 XXII - registro do consentimento ou do assentimento: documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital, que registra a concessão de consentimento ou de assentimento livre e esclarecido, sendo a forma de registro escolhida a partir das características individuais, sociais, linguísticas,

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo 1, MA 17 CEP: 46.201-492
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Contribuição do Pesquisador: 5.856,057

econômicas e culturais do participante da pesquisa e em razão das abordagens metodológicas aplicadas.

RESPOSTA: ITEM "IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA" RETIRADO DOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 4 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINAS 28 E 49.

Análise Pendência atendida

8) Para manter a integridade do documento, é necessário que a numeração das páginas seja feita de acordo com o exemplo: 1 de 5 ou 1/5.

RESPOSTA: PAGINAÇÃO READEQUADA CONFORME SOLICITADA NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINAS 1,2,3 E 4 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINAS 46,47,48 E 49.

Análise Pendência atendida

9) Indicar os procedimentos que garantirão sigilo, confidencialidade e segurança dos dados dos participantes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e)

RESPOSTA: FOI EXPLICITADO QUE O NOME DO PARTICIPANTE NÃO APARECERÁ NO TRABALHO E QUE SEUS DADOS NÃO SERÃO UTILIZADOS PARA PREJUÍZO DE SUA AUTOESTIMA E/OU DE ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS, CONFORME MODIFICADO NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 2 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 47.

"O SEU NOME NÃO APARECERÁ NO TRABALHO. OS PESQUISADORES SE COMPROMETEM A MANTER SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE EM RELAÇÃO AOS DADOS EXTRAÍDOS. GARANTIMOS QUE

SUAS INFORMAÇÕES NÃO SERÃO UTILIZADAS EM PREJUÍZO DE SUA AUTOESTIMA E/OU DE ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS".

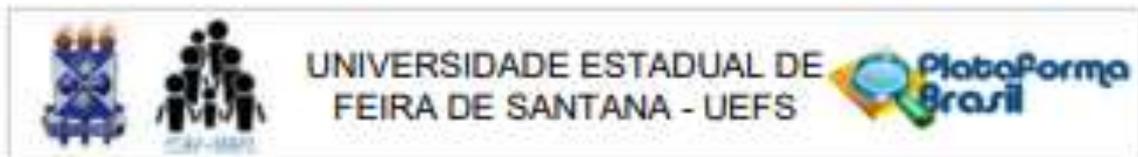
Análise Pendência atendida

10) No documento TCLE diz: "Espera-se que este trabalho traga benefícios no sentido de contribuir para traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal desta população e, a partir disso, sejam fornecidas informações que auxiliem no planejamento de ações individuais e coletivas, visando melhorar a qualidade de vida deste público por meio da implementação de políticas públicas de saúde e da melhoria na qualidade do atendimento odontológico prestado. Além disso, almeja-se que a partir deste estudo pioneiro o desenvolvimento de

outras pesquisas no município de Vitória da Conquista com esta temática seja estimulado."

Solicita-se explicitar benefícios da pesquisa para o participante da pesquisa (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b):

Endereço: Avenida Transcendental, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Médulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-400
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cnp@uefs.br



Continuação do Protocolo: 8.826.057

RESPOSTA: FOI EXPLICITADO QUE A PARTIR DO ESTUDO, O PARTICIPANTE SERÁ ENCAMINHADO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ADEQUADO OFERTADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E QUE ISSO TRARÁ BENEFÍCIOS PARA SUA SAÚDE BUCAL E GERAL, CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 3 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 48: "A PARTIR DESTA PESQUISA, O(A) SR(A) SERÁ ENCAMINHADO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ADEQUADO PARA SEU CASO, OFERTADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. ISTO TRARÁ BENEFÍCIOS PARA SUA SAÚDE BUCAL E GERAL".

Análise Pendência atendida

11) O TCLE deverá assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II e Capítulo III, Seção III, Artigo 17º, Inciso V. Resolução CNS nº 466/2012, item II.2 letra o, item IV.3 letra c, item V.6). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: FOI MODIFICADO NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 2 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 47:

"EM QUALQUER MOMENTO, SE VOCÊ SOFRER ALGUM DANO DECORRENTE DESTA PESQUISA, VOCÊ TERÁ DIREITO À ASSISTÊNCIA INTEGRAL, IMEDIATA E DE FORMA GRATUITA, PELO TEMPO QUE PRECISAR".

Análise Pendência atendida

12) No documento nomeado TCLE indica: "Os dados coletados farão parte do banco de dados da pesquisa e, após serem digitalizados, as fichas ficarão de posse do pesquisador por um período de cinco anos." Solicita-se descrever de que forma e onde as fichas ficarão guardadas pelo período indicado. (Resolução 510 - capítulo VI)

RESPOSTA: COMO A PESQUISA SERÁ REALIZADA COM O AUXÍLIO DE UM TABLET, ELA JÁ SERÁ FEITA DE FORMA DIGITALIZADA, O TEXTO FOI MODIFICADO PARA: "OS DADOS SERÃO COLETADOS DE FORMA DIGITAL E FARÃO PARTE DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA. ELES FICARÃO NO COMPUTADOR DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL SOB SUA GUARDA E RESPONSABILIDADE E SOMENTE SERÃO ACESSADOS POR ELA, PELOS PESQUISADORES ASSISTENTES E EQUIPE DE PESQUISA POR MEIO DO USO DE SENHA POR UM PERÍODO DE 5 ANOS APÓS O TÉRMINO DA PESQUISA. APÓS ESSE PERÍODO, OS DADOS SERÃO APAGADOS DO COMPUTADOR".

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cap@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.616.057

CONFORME CONSTA NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 2 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINA 47

Análise Pendência atendida

-Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa:

No TCLE diz: "Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Devido a situação de pandemia que se tem vivido e por se tratar de uma pesquisa com entrevista e exame clínico presencial, riscos relacionados ao contágio da COVID-19 podem ser encontrados. Por esta razão medidas preventivas serão adotadas para se evitar esses riscos".

Observar-se que os riscos estão associados a situação de pandemia. Solicita-se observar o que consta na resolução: Conforme a resolução 466(2012) (item V) "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados." Podem ser riscos como constrangimento, mobilização emocional. Então o pesquisador deve: Explicitar riscos para os participantes da pesquisa, bem como as formas de minimizar os riscos (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b); II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;

RESPOSTA: TEXTO MODIFICADO CONFORME SOLICITADO: "TODA PESQUISA COM SERES HUMANOS ENVOLVE RISCOS EM TIPO E GRADAÇÕES VARIADOS. NO CASO DESTA PESQUISA, O (A) SR(A) PODERÁ SENTIR ALGUM TIPO DE CONSTRANGIMENTO NO MOMENTO DO EXAME OU DA ENTREVISTA. POR ISSO SOLICITAMOS QUE O (A) SR(A) ESTEJA SOZINHO(A) COM OS PESQUISADORES, SE POSSÍVEL, EM UM LOCAL RESERVADO DO SEU DOMICÍLIO, PARA GARANTIR A CONFIDENCIALIDADE DAS RESPOSTAS E EVITAR QUALQUER DANO EMOCIONAL, MORAL, SOCIAL OU CULTURAL.

DEVIDO A SITUAÇÃO DE PANDEMIA QUE SE TEM VIVIDO E POR SE TRATAR DE UMA PESQUISA COM ENTREVISTA E EXAME CLÍNICO PRESENCIAL, RISCOS RELACIONADOS AO CONTÁGIO DA COVID-19 PODEM SER ENCONTRADOS. POR ESTA RAZÃO MEDIDAS PREVENTIVAS SERÃO ADOTADAS PARA SE EVITAR ESSES RISCOS".

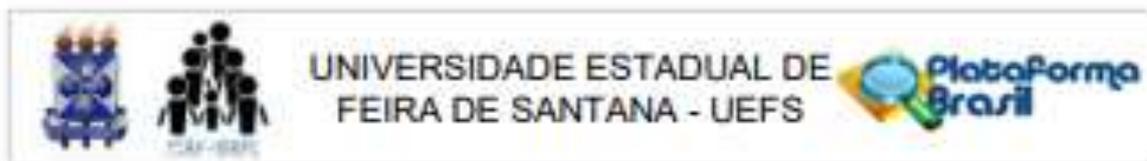
MODIFICADO NOS ARQUIVOS "TCLEPENDENCIAS.DOCX" PÁGINA 2 E "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" PÁGINAS 32,33 E 47.

Análise pendência atendida

-Quanto aos critérios de inclusão e exclusão de participantes de pesquisa:

No PB_informaçõesbásicas indica: "Como critérios de inclusão, serão selecionados idosos na faixa

Endereço: Avenida Transamazônica, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Média I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cco@uefs.br



Contribuição do Pesquisador: 5.888,007

etária de 60 anos ou mais residentes nas localidades descritas anteriormente, que consentirem em participar da pesquisa [...]” e “além daqueles que não consentirem voluntariamente participar da pesquisa” (p.3). O critério de exclusão e inclusão deve ser considerado pensando no grupo de participantes de pesquisa, a assinatura do registro de consentimento não pode ser considerado critério.

2.1 RESPOSTA: ITEM MODIFICADO NAS PÁGINAS 27 E 28 DO ARQUIVO “PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX”. FOI RETIRADO O TERMO “ALÉM DAQUELES QUE NÃO CONSENTIREM EM PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DA PESQUISA”:

“COMO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, SERÃO SELECIONADOS IDOSOS NA FAIXA ETÁRIA DE 60 ANOS OU MAIS RESIDENTES NAS LOCALIDADES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

SERÃO INCLUÍDOS TAMBÉM IDOSOS ANALFABETOS E ANALFABETOS FUNCIONAIS DE 60 ANOS OU MAIS.

INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS ANTES DE INICIAR A PESQUISA, SERÁ REALIZADA A LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O PARTICIPANTE. (APÊNDICE A) E, CASO ACEITE PARTICIPAR, O PARTICIPANTE ASSINARÁ O DOCUMENTO”.

Análise Pendência atendida

-Quanto a autorização para utilização de imagem:

No TCLE apresenta a seguinte afirmação: “A autorização para utilização de sua imagem também é solicitada, ao mesmo tempo em que garantimos a confidencialidade e privacidade nas suas fotografias, de forma que apenas a imagem da cavidade bucal será divulgada.”

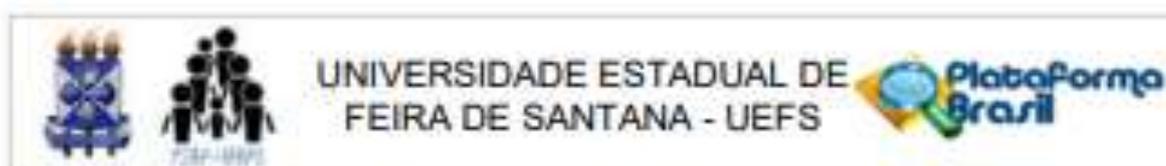
Solicita-se um documento específico de autorização para utilização de imagem e descrição a respeito de que forma será garantida a confidencialidade e privacidade das fotografias como informado no documento. Os dados coletados farão parte do banco de dados da pesquisa e, após serem digitalizadas, as fichas ficarão de posse do pesquisador por um período de cinco anos.

RESPOSTA: ESTE ITEM FOI RETIRADO DO TCLE, POIS NÃO SERÁ NECESSÁRIA A UTILIZAÇÃO DE IMAGENS, JÁ QUE A PESQUISA SERÁ REALIZADA BASEANDO-SE NAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO E NO EXAME CLÍNICO DA CAVIDADE BUCAL DO PARTICIPANTE. MODIFICADO NOS ARQUIVOS “TCLEPENDENCIAS.DOCX” PÁGINA 2 E “PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX” PÁGINA 47.

Análise Pendência atendida

-Esclarecimento:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Músculo I, MA 17 **CEP:** 46.031-400
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3101-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Contribuição ao Píasear: 5.888.067

1) Solicita-se esclarecimento sobre a escolha da realização do exame bucal nas casas dos(as) participantes de pesquisa e não em uma sala específica em posto de saúde;

RESPOSTA: ESCLARECIMENTO NA PÁGINA 33 DO ARQUIVO "PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX" - POR SE TRATAR DE UM ESTUDO COM PACIENTES IDOSOS DE UMA ZONA RURAL DISTANTE APROXIMADAMENTE 5 QUILOMETROS DA SEDE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CAPINAL ONDE SE ENCONTRA O CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO, OPTOU-SE POR REALIZAR O EXAME BUCAL E ENTREVISTA NO DOMICÍLIO DO PARTICIPANTE, PARA QUE NÃO HAJA CUSTOS E DIFICULDADES COM A LOCOMOÇÃO, VISANDO UMA MAIOR COMODIDADE DESSAS PESSOAS. ALÉM DISSO, FOI PRECONIZADO REALIZAR A METODOLOGIA DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL SB BRASIL 2020(BRASIL, 2021), QUE PERMITE QUE O EXAME CLÍNICO DA CAVIDADE BUCAL SEJA REALIZADO FORA DO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO".

Esclarecimentos aceitos

2) no PB_de_informações básicas indica que: "A coleta dos dados populacionais será feita através do preenchimento de um questionário estruturado e do exame bucal clínico. Os dados serão coletados pela pesquisadora e registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde das áreas estudadas e Auxiliar de Saúde Bucal da Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família Capinal. Esses registradores serão calibrados para auxiliar no processo de anotação dos dados coletados nos exames e na aplicação do questionário." (p.3)

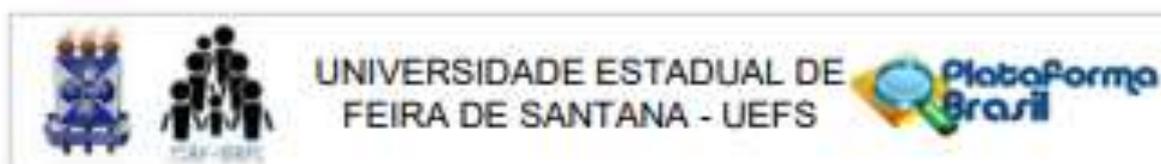
-Solicita-se esclarecimento se essas pessoas serão consideradas assistentes de pesquisa já que no documento TCLE indica que: "Os participantes estarão de máscara durante o processo de entrevista enquanto os pesquisadores assistentes farão uso de máscara PFF2" e "Para se evitar o vazamento de dados dos participantes, somente o pesquisador responsável e os pesquisadores assistentes terão acesso aos dados da entrevista".

Deve-se adicionar declaração de respeito as resoluções para essas pessoas já que foram anexadas as declarações dos(as) professores(as) e os mesmos não estão elencados(as) no PB_informações básicas como assistentes.

RESPOSTA: O TEXTO FOI MODIFICADO NA PÁGINA 28 DO ARQUIVO

"PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX": "A COLETA DOS DADOS POPULACIONAIS SERÁ FEITA ATRAVÉS DO PREENCHIMENTO DE UM QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO E DO EXAME BUCAL CLÍNICO. OS DADOS SERÃO COLETADOS PELA PESQUISADORA E REGISTRADOS POR UM MEMBRO DA EQUIPE DE PESQUISA. ESSE MEMBRO SERÁ CALIBRADO PARA AUXILIAR NO PROCESSO DE DIGITAÇÃO DOS DADOS COLETADOS NOS EXAMES E NA APLICAÇÃO DO

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS.
 Bairro: Músculo 3, MA 17 CEP: 44.031-490
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cnp@uefs.br



Contribuição do Parecer: 5.889.067

PELO FATO DE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DA AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL NÃO TEREM CADASTRO NA PLATAFORMA BRASIL PARA SEREM INSERIDOS COMO MEMBROS DA EQUIPE, OPTOU-SE POR CONVIDAR UMA COLEGA CIRURGIÃ DENTISTA PARA AUXILIAR NA DIGITAÇÃO DOS DADOS COLETADOS E PARTICIPAR DA PESQUISA.

Esclarecimentos aceitos

Salvo melhor juízo, todas as pendências elencadas foram atendidas e o protocolo de pesquisa encontra-se sem óbices éticos, voto pela aprovação.

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

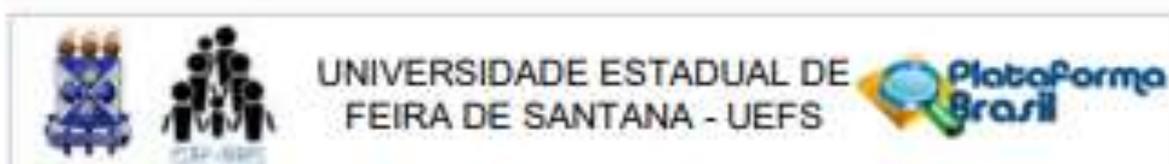
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960162.pdf	17/08/2022 22:55:36		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	PENDENCIAS.pdf	17/08/2022 22:53:27	Gabriela Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAPLATAFORMABRASIL.DOCX	17/08/2022 22:40:37	Gabriela Barreto	Aceito
Cronograma	NOVOCRONOGRAMAPB.DOCX	17/08/2022 22:25:37	Gabriela Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoplana.pdf	17/08/2022 22:25:02	Gabriela Barreto	Aceito

Endereço: Avenida Transmordaxtra, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Alcidei, MA 17 CEP: 44.031-400
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3101-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.658.007

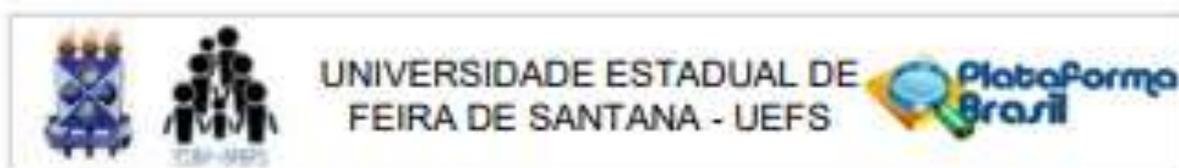
Orçamento	RECURSOSNECESSARIOS.DOCX	17/08/2022 22:21:39	Gabriela Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPENDENCIAS.DOCX	17/08/2022 22:18:31	Gabriela Barreto	Aceito
Outros	anuenciarioquilom.pdf	21/06/2022 20:41:02	Gabriela Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	silvana.pdf	21/06/2022 20:39:43	Gabriela Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	claudiadeclaracao.pdf	21/06/2022 20:39:13	Gabriela Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoadriano.pdf	21/06/2022 20:38:48	Gabriela Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaogabriela.pdf	21/06/2022 20:38:27	Gabriela Barreto	Aceito
Outros	cartaanuenciakuilombola.pdf	10/06/2022 20:44:43	Gabriela Barreto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	10/06/2022 20:36:53	Gabriela Barreto	Aceito
Outros	RELATORIODACONDICAODASAUDEBUCAL.pdf	05/06/2022 16:22:16	Gabriela	Aceito
Outros	EXAMECLINICO.pdf	05/06/2022 16:19:03	Gabriela	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	05/06/2022 16:13:43	Gabriela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETODEPESQUISAPLATFORMA BRASIL.pdf	05/06/2022 15:45:16	Gabriela	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOCINSTITUCIONALPB.pdf	05/06/2022 15:36:56	Gabriela	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/06/2022 15:33:25	Gabriela	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPB.pdf	05/06/2022 15:30:06	Gabriela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/06/2022 15:27:26	Gabriela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Transcendental, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.001-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Protocolo: 6.899.007

Não

FEIRA DE SANTANA, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
Wânia Silveira da Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-400
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-6124 E-mail: csp@uefs.br