



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AO
EDENTULISMO FUNCIONAL EM IDOSOS QUILOMBOLAS**

CLEDINALDO LIRA JÚNIOR

CAMPINA GRANDE / PB

2020

Cledinaldo Lira Júnior

Fatores associados à autopercepção de saúde bucal e ao edentulismo funcional em idosos quilombolas

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.(a.) Dr.(a) Tarciana Nobre de Menezes.

Co-orientadora: Renata de Souza Coelho Soares

CAMPINA GRANDE / PB

2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L768f Lira Júnior, Cledinaldo.
Fatores associados à autopercepção de saúde bucal e ao edentulismo funcional em idosos Quilombolas [manuscrito] / Cledinaldo Lira Júnior. - 2020.
97 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Departamento de Fisioterapia - CCBS."
"Coorientação: Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares, Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Idosos. 2. Saúde bucal. 3. Edentulismo. 4. Perda dentária. I. Título

21. ed. CDD 617.601

CLEDINALDO LIRA JÚNIOR

**FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AO
EDENTULISMO FUNCIONAL EM IDOSOS QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 24/09/2020

BANCA EXAMIDADORA

Tarciana Nobre de Menezes

Prof.(a.) Dr.(a) Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba

Lorena Mendes Temóteo Brandt

Prof.(a.) Dr.(a). Lorena Mendes Temóteo Brandt
UNIFACISA

Alessandro Leite Cavalcanti

Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, **Cledinaldo e Vera**, pelo amor incondicional. Vou sempre lutar pelo que acho justo e certo assim como vocês fizeram inúmeras vezes. A vocês, toda minha devoção. Eu vos amo muito.*

*À minha irmã **Cora Caroline**, por todo o amor e apoio que me é nutrido durante todos esses anos. Eu te amo, muito.*

*À minha namorada e amiga mais íntima **Ruth Dantas**. Por ser corajosa e paciente. Por sempre me ouvir com o coração... Depois de tantas coisas, meu amor e admiração por você só cresce. Gratidão por nunca desistir de mim. Sou abençoado por você ter vindo... e ter escolhido ficar todos os dias...*

*À minha orientador Prof^a **Tarciana Nobre**. Sou eternamente grato pela confiança e por todo conhecimento oferecido a mim. Também por ter me aceitado sendo de uma área completamente diferente da sua, o que sem dúvidas foi desafiador para ambos. Entretanto, profundamente recompensador... Sou particularmente agradecido pelo espaço que a senhora me deu para que eu pudesse crescer na construção deste trabalho. A senhora com certeza é um padrão de professor a ser seguido. Fui feliz por ter me recebido com carinho, por toda suas orientações e paciência.*

*À professora **Renata Coelho**, pelas fantásticas orientações neste trabalho, mesmo em tempos tão turbulentos. Obrigado por ter me aceitado como co-orientando. Gratidão pelos incentivos, treinamento e pelas orientações de excelência.*

*À **Elizabeth Júlia**, por continuar na torcida por mim e ser minha amiga, uma verdadeira amiga.*

*Ao meu amigo **Elie Chouiefaty**, que me ajudou com a tradução, mas que além disso, me faz continuar acreditando na construção de pontes, na amizade verdadeira. Meu mais profundo obrigado.*

E a todos que me ajudaram e continuam a ajudar, zelar e torcer por mim. Vocês são fantásticos e eu sou abençoado por ter a vida que tenho. A todos, o meu mais sincero agradecimento.

(...) “Quero que as pessoas digam do meu trabalho: aquele homem sente profundamente, aquele homem sente agudamente” escreveu. “Apesar de minha chamada grosseria - entende? - talvez até por causa dela... eu gostaria de um dia mostrar com meu trabalho o que um excêntrico desses, um zé-ninguém desses, tem em seu coração”

(Fala de Vincent no livro “Van Gogh” de Steve Neifeh e Gregory White)

RESUMO

Introdução: O mundo tem vivenciado um aumento exponencial na população idosa e na expectativa de vida. Esses idosos apresentam demandas de cuidado em saúde específicas, as quais são ainda mais evidentes entre os idosos quilombolas, que, comumente, residem em áreas rurais e apresentam baixos níveis de escolaridade e renda. Esses aspectos contribuem para uma maior vulnerabilidade, principalmente no que se refere aos indicadores em saúde. Estudos relacionados à saúde desses indivíduos são escassos, especialmente no que se refere às suas condições de saúde bucal. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados à autopercepção de saúde bucal e ao edentulismo funcional de idosos quilombolas. **Material e métodos:** A população deste estudo transversal, descritivo e analítico foi constituída por todos os idosos da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos. Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos; e excluídos aqueles que, por qualquer condição patológica, não pudessem abrir a boca para realização de exames e aqueles que apresentassem indicativo de declínio cognitivo. O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As variáveis avaliadas foram a autopercepção de saúde bucal, o edentulismo funcional, os fatores socioeconômico-demográficos (gênero, faixa etária, escolaridade, renda familiar, situação conjugal e situação de coabitação), a condição de saúde bucal (número de dentes, presença de prótese removível, necessidade de prótese, CPO-D e Índice Periodontal comunitário) e o senso de coerência. Foi realizado o Teste Qui-quadrado ou o Exato de Fisher, Mann-Whitney e Regressão de Poisson com variância robusta, sempre considerando intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 47 idosos quilombolas, com média de idade de 71 anos ($\pm 7,55$). Entre os idosos estudados, 55,3% autoperceberam a saúde bucal como “ruim” e 63,8% apresentaram edentulismo funcional (menos de 20 dentes presentes). A prevalência de autopercepção de saúde bucal ruim foi maior entre aqueles que apresentavam necessidade de prótese dentária (RP= 1,523; IC95%= 1,258 - 1,845). Quanto ao edentulismo funcional, os idosos com menor renda apresentaram maior prevalência do desfecho (RP= 1,149; IC95%= 1,007 - 1,311) do que idosos com maior renda e quanto ao senso de coerência (SOC), idosos com SOC fraco apresentaram maior prevalência de edentulismo funcional (RP= 1,332 IC95%= 1,043 - 1,701) quando comparados a idosos com SOC forte. **Conclusão:** Entre os idosos quilombolas a necessidade de prótese está associada à autopercepção de saúde bucal ruim e que a baixa renda e o senso de coerência baixo estão associados ao edentulismo funcional. Os achados

corroboram com a concepção de que o uso de prótese parece beneficiar a manutenção de uma boa autopercepção de saúde bucal em idosos quilombolas, assim como a renda e o senso de coerência forte podem ser importantes para a manutenção de dentes nestes idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Saúde bucal. Autopercepção. Senso de Coerência. Grupo Africano de Ancestrais Continentais.

ABSTRACT

Introduction: The world has experienced an exponential increase in the elderly population and in life expectancy. These elderly people have specific health care demands, which are even more evident among Brazilians quilombola elderly people, who commonly live in rural areas and have low levels of education and income; aspects that contribute to greater vulnerability, mainly with regard to health indicators. Studies related to the health of these individuals are scarce, especially with regard to their oral health conditions. **Objective:** To evaluate the factors associated with self-perceived oral health and functional edentulism in quilombola elderly people. **Material and methods:** The population of this cross-sectional, descriptive and analytical study was made up of all the elderly in the quilombola community of Caiana dos Crioulos. Individuals aged 60 or over, of both sexes were included; and those who, due to any pathological condition, could not open their mouths for exams and those who showed cognitive decline, were excluded. The study was carried out in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health. The variables evaluated were self-perceived oral health, functional edentulism, socioeconomic-demographic factors (gender, age group, education, income family, marital status and cohabitation), oral health condition (number of teeth, presence of removable prosthesis, need for prosthesis, DMFT and community periodontal index) and sense of coherence. The Chi-square test or Fisher's Exact Test, Mann-Whitney and Poisson Regression were performed with robust variance, always considering a 95% Confidence Index (CI) and significance level of $p < 0.05$. **Results:** 47 elderly quilombolas participated in the study, with a mean age of 71 years ($SD = + / - 7.55$). Among the elderly studied, 55.3% self-perceived oral health as "bad" and 63.8% presented functional edentulism (less than 20 teeth present). The prevalence of self-perceived poor oral health was higher among those who needed dental prosthesis ($PR = 1.523$; 95% CI = 1,258 - 1,845), than among those who did not have such a need. As for functional edentulism, the elderly with lower income had a higher prevalence of the outcome ($PR = 1.149$; 95% CI = 1.007 - 1.311) than the elderly with higher income and as for the sense of coherence (SOC), elderly with weak SOC had a higher prevalence functional edentulism ($PR = 1.332$ 95% CI = 1.043 - 1.701) when compared to elderly people with a strong SOC. **Conclusion:** This study showed that among quilombola elderly people the need for a prosthesis is associated with self-perceived oral health and that income and a sense of coherence are associated with functional edentulism. The findings corroborate the concept that the use of prostheses seems to benefit the maintenance of a good self-perception of oral health in

quilombola elderly people, as well as income and a sense of strong coherence may be important for the maintenance of teeth in these elderly people.

KEYWORDS: Elderly. Oral health. Self-perception. Sense of Coherence. African Continental Ancestry Group.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IPC	Índice Periodontal Comunitário
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RP	Razão de Prevalência
SOC	<i>Sense of Coherence</i>
SOC-13	<i>Sense of Coherence-13</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	O envelhecimento populacional	12
1.1.1	Aspectos sociodemográficos da população idosa brasileira	12
1.2	Alterações e repercussões do envelhecimento humano	14
1.2.1	Alterações bucais no envelhecimento	15
1.3	Condição de saúde bucal da população idosa	16
1.3.1	Perda dentária e edentulismo funcional	19
1.4	Autopercepção de saúde bucal	21
1.5	A saúde e os fatores étnico-raciais	23
1.5.1	Saúde sistêmica e bucal das populações quilombolas	23
2	OBJETIVOS	28
2.1	Objetivo Geral	28
2.2	Objetivos Específicos	28
3	MATERIAL E MÉTODOS	29
3.1	Delineamento do estudo	29
3.2	Local e período do estudo	29
3.3	População	29
3.4	Crítérios de inclusão e exclusão	30
3.5	Variáveis de estudo	30
3.5.1	Variáveis dependentes	30
3.5.2	Variáveis independentes	31
3.5.2.1	<i>Fatores socioeconômico-demográficos</i>	31
3.5.2.2	<i>Condição de saúde bucal</i>	31
3.5.2.3	<i>Senso de coerência</i>	33
3.6	Procedimentos de coleta de dados.....	33
3.7	Calibração e estudo piloto	34
3.8	Processamento e análise dos dados	34
3.9	Aspectos éticos	36
4	RESULTADOS.....	37
4.1	Artigo 1	38
4.2	Artigo 2	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80

APÊNDICES 89
ANEXOS 94

1 INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento populacional

O aumento da população idosa é um fenômeno vivenciado mundialmente¹. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e aumente sua possibilidade de morte”².

Assim como mencionado no estatuto do idoso, disposto na Lei no 10.741 de 01/10/2003³, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso, nos países em desenvolvimento, aquele indivíduo com 60 anos ou mais de idade, enquanto que nos países desenvolvidos é considerado idosa a pessoa que tem 65 anos ou mais⁴.

No envelhecimento ocorrem processos interativos que se iniciam em diferentes épocas e ritmos, acarretando resultados distintos em todas as partes e funções do organismo⁵. Esse fenômeno natural ocasiona a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - o que se conhece por senescência - que, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - a senilidade³.

1.1.1 Aspectos sociodemográficos da população idosa brasileira

A mudança de uma sociedade rural com altas taxas de natalidade e mortalidade para uma sociedade urbana com baixas taxas de natalidade e mortalidade constitui o processo de transição demográfica⁶. Esse processo que tem sido vivenciado em todo o mundo, teve seu início prenunciado ainda no século XX. Contudo, foi a partir do ano de 1950, com as relevantes quedas nessas taxas, que a transição recebeu destaque⁷.

No Brasil a taxa de fecundidade passou de 6,1 em 1940, para 2,3 em 2000⁷ e para 1,90 em 2010⁸. Em 1940, a proporção de jovens (menores de 15 anos) era de 42,6%, enquanto que a de indivíduos com 60 anos ou mais era de 4,1%⁹. Em 2000, a proporção de jovens havia decrescido para 29,5% e a proporção de idosos do mesmo ano aumentou para 8,6%¹⁰. Ainda sobre essas mudanças, de acordo com o censo demográfico realizado em 2010, essas proporções eram, respectivamente, 24,2% e 10,8% o que reforça a continuidade do processo da transição demográfica¹¹. Já em 2019, havia 703 milhões de pessoas idosas na população global e a OMS prevê que esse número dobre para 1,5 bilhão de pessoas em 2050⁴.

Dados do último censo demográfico brasileiro, realizado em 2010, revelaram que a população brasileira era composta por 190.755.799 milhões de pessoas e 10,8% da população, ou seja, 20.601.561 milhões de pessoas eram idosos. Destes 55,5% (11.434.487) eram mulheres e 44,5% (9.156.112) eram homens¹¹.

Dez anos após o último censo, estimativas afirmam que a população do Brasil é composta por 211.755.692 milhões de habitantes, havendo em média 30.194.077 pessoas com 60 anos ou mais, e que o percentual relativo ao número de idosos tende a dobrar nas próximas décadas. O crescimento do número de idosos no Brasil é verificado em todas as regiões, no entanto de forma desigual. Ainda segundo estimativas para 2020, a maior parte das pessoas com 60 anos ou mais estava concentrada nas regiões Sudeste (47,4%) e Nordeste (24%), enquanto as menores porcentagens encontravam-se nas regiões Centro-oeste (6,6%) e Norte (5,4%)¹².

No ano 2000, 8,5% da população nordestina era composta por idosos¹⁰, subindo para 10,5% dez anos depois¹¹. Ainda em 2010, havia 5.456.177 pessoas com 60 anos ou mais no Nordeste, dos quais 71,3% viviam na zona urbana. Os idosos nordestinos eram em sua maioria pretos ou pardos (54,6%), 46,98% deles eram analfabetos e 74,2% viviam com renda de até 1 salário mínimo¹³. Atualmente, o nordeste tem algo em

torno de 57.374.234 pessoas, sendo 12,7% dessas (7.249.788), pessoas com 60 anos ou mais, segundo as estimativas¹².

Em 2010, na Paraíba, havia 451.368 pessoas idosas, um representativo de 11,96% da população paraibana¹³, havendo estimativas atuais de um crescimento para aproximadamente 560.869 pessoas idosas no estado¹². Entre os anos de 2000 e 2010 houve crescimento da população idosa feminina (de 10,98% para 13,16%); do número de pessoas com 85 anos ou mais (de 7,06% para 8,53%); de idosos que residiam em áreas urbanas (de 69,87% para 73,84%), bem como de idosos que moravam sozinhos, mas que não eram responsáveis pelo seu domicílio (de 13,95% para 15,02%)¹⁴.

No âmbito socioeconômico, houve diminuição de idosos analfabetos (de 56,52% em 2000, para 48,27% em 2010), com renda mensal de até um salário mínimo (72,45% em 2000, para 70,55% em 2010), bem como em situação de pobreza (29,54% no ano 2000 e 25,60% em 2010)¹⁵.

1.2 Alterações e repercussões do envelhecimento humano

O processo de envelhecer pode ser classificado de três formas. O envelhecimento primário está presente em todos os indivíduos e independe das condições ambientais, sendo, portanto, geneticamente determinado. O envelhecimento secundário resulta na fase referente à susceptibilidade às doenças que normalmente acometem os idosos. Finalmente, o que se entende por envelhecimento terciário ou envelhecimento terminal, é dado pelo acúmulo dos processos de envelhecimento primário e secundário, sendo, portanto, o período de maior declínio das funções físicas e cognitivas^{16,17}.

O envelhecimento ocasiona alterações nas estruturas corporais, como a morfologia; na funcionalidade e na bioquímica, assim como na psicologia e na cognição do indivíduo idoso. Em conjunto, essas alterações podem conduzir o idoso à maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior acometimento a processos patológicos¹⁸. Em termos fisiológicos, há alterações nos sentidos e na composição corporal^{18,19}. Órgãos específicos

como os rins e a pele podem sofrer severas mudanças que decorrem do processo de envelhecimento¹⁴. As alterações decorrentes da velhice incidem diretamente sobre as capacidades e funções orgânicas, repercutindo sobre a respiração, a frequência cardíaca, a locomoção e a morfologia do corpo¹⁸.

As mudanças que atuam sobre a capacidade cognitiva promovem um agravamento significativo no idoso, uma vez que se relacionam com a deterioração na memória e da atenção, assim como da orientação e da concentração²⁰. No âmbito social, os papéis desempenhados pelo idosos mudam quantitativa e qualitativamente²¹. O apoio familiar e a relação dos familiares com os idosos sofrem mudanças e o cuidado entre as gerações e familiares são executadas em ambas as direções, com os idosos passando a cuidar de outros familiares, ao passo que os adultos e as crianças passam a ser a principal fonte de apoio e cuidado de seus idosos²².

O conjunto de modificações incidentes sobre o indivíduo que está envelhecendo podem diminuir sua autonomia, tornando necessário o acompanhamento dos familiares, que dependerá do grau de comprometimento e de como as reduções das capacidades fisiológicas, sensoriais e cognitivas têm acometido o idoso²⁰.

1.2.1 Alterações bucais no envelhecimento

Assim como outros componentes do corpo, a cavidade oral sofre mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. O elemento dentário sofre um desgaste lento e progressivo e isso o torna mais permeável e menos resistente aos ácidos cariogênicos. O tecido pulpar, tem sua câmara diminuída, devido à deposição de dentina secundária o que pode causar a obliteração completa^{23,24}.

Com a velhice ocorre a atrofia e a diminuição do volume das células acinares das glândulas salivares, resultando em variações do nível e qualidade da saliva, podendo levar ao desfecho de xerostomia e hipossalivação^{23,24}. A diminuição do fluxo salivar, pode ser fisiológica ou

causada por medicamentos²⁵,havendo, com a ausência de salivacão adequada comprometimento da mastigacão, da degluticão e da fonética, além do aumento do risco do desenvolvimento de cáries e outras infecçõess²³⁻²⁵. Mobilidade dentária e recessão gengival também são alteraçõess comuns nestes indivíduos, bem como a presença de cálculo dentário e gengivite^{26,27}.

Com o envelhecimento, as mucosas orais apresentam perda da elasticidade e diminuicão da capacidades de reparacão. O idoso tem sua percepçãoss gustativa diminuída devido à reducãoss dos receptores gustativos e pela baixa producãoss de saliva. Devido ao aumento da susceptibilidade, várias patologias podem surgir, entre elas: patologias distróficas, como o aparecimento de úlceras e a perda das papilas linguais; alteraçõess infecciosas, como a candidíase em suas várias formas clínicas; ou mesmo lesõess associadas a próteses como no caso das hiperplasias gengivais e fibromas reacionais; e o câncers, no qual o carcinoma de células escamosas tem sido o mais relatado para essa populaçãoss^{23,24}.

A autopercepçãoss de saúde bucal permite avaliar a condiçãoss aparente do indivíduo, o que de forma nenhuma substitui o exame clínicoss²⁸. A boca e o estado oral são imprescindíveis em relaçãoss a intercomunicaçõess, tanto sociais como psicológicas²⁹, uma vez que um bom sorriso facilita as relaçõess e impacto na atratividade da pessoa³⁰. Diante disso, torna-se cada vez mais importante o conhecimento sobre a condiçãoss oral dos idosos e a construicãoss de quais problemas são mais comuns nesses indivíduos, na tentativa de propor soluçõess que possam ser determinantes na qualidade de vida e na saúde durante o envelhecimento.

1.3 Condiçãoss de saúde bucal da populaçãoss idosa

As lesõess cariosas e doençass periodontais são as doençass que mais acometem os idosos^{24, 31-34}. A prevalênciass de cáries nessa populaçãoss varia entre 20% e 60% em idosos que vivem em comunidade e 60% e 80% nos

idosos institucionalizados. A doença periodontal tem uma prevalência que pode variar de 55% a 88% dos idosos^{23, 35}.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença são bem definidos e entre eles estão a xerostomia, a diminuição da função motora oral e a diminuição da capacidade de lidar diariamente com a higiene bucal de forma independente^{31, 36}. Além da cárie, em idosos, há um risco aumento à ocorrência da doença periodontal, uma condição que afeta as estruturas de suporte dos dentes^{32, 34}.

No Brasil, dois estudos epidemiológicos avaliaram e conheceram a condição oral dos idosos brasileiros. Nos Projetos “SB Brasil” tanto de 2003 como de 2010 foi avaliado o índice CPO-D, que consiste no somatório dos dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos para avaliar sua experiência de cárie. Em 2003, a média do índice CPO-D para o grupo de idosos brasileiros (entre 65 a 74 anos) foi de 27,7, considerada bastante elevada, sendo o componente “perdido” o maior responsável pela composição percentual do índice (92,16%). Os menores índices foram encontrados entre os idosos das regiões Nordeste e Sul. No Nordeste foi observada a menor média entre os idosos, a qual foi de com 27,2, enquanto que no Sul foi de 27,33. No levantamento de 2010, a média do CPO-D dos idosos brasileiros foi de 27,5. O componente “perdido”, neste estudo, compunha 91,86% do valor total do índice^{37,38}. Outros estudos que envolveram a população idosa, no Brasil e no mundo, têm mostrado a mesma realidade ao verificar o alto CPO-D entre os idosos^{6, 33-34, 39-41}.

Para analisar a condição periodontal, os dois estudos brasileiros utilizaram o Índice Periodontal Comunitário (IPC). No Projeto SB Brasil 2003, não foi possível avaliar a condição de todos os casos porque 60,8% dos idosos examinados eram edêntulos, portanto não puderam ter a condição periodontal avaliada. Logo, os resultados sobre a saúde periodontal mostraram alto percentual de sextantes excluídos³⁷. Dentre os avaliados, 7,9% dos idosos não apresentaram problemas periodontais, 3,2% apresentaram sangramento indicativo de gengivite, e 21,7%

apresentaram cálculo dentário. Bolsas periodontais de 4 a 5 mm foram identificadas em 4,4% dos examinados e bolsas de 6 mm ou mais em 1,8%. A pior condição foi encontrada no Norte onde 5,9% dos idosos apresentavam bolsas rasas e 3,6% bolsas profundas³⁷.

Em 2010, 90,5% dos idosos não tiveram a condição periodontal examinada por serem edêntulos; enquanto que entre os idosos dentados, 18,1% apresentaram sangramento, 28,3% mostraram cálculo, 13,9% apresentavam bolsas rasas ou médias e em 3,3% dos casos, bolsas profundas³⁸. Outros trabalhos acerca da condição periodontal de idosos, comumente mostram situações semelhantes^{34, 40}.

Refletindo a realidade brasileira acerca da perda dentária, em 2003, o Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil) mostrou que 54,8% dos idosos estudados não possuíam nenhum dente. Contudo, a necessidade de prótese não se restringia só aos totalmente edentados, uma vez que 88,5% dos idosos necessitavam que algum tipo de prótese. Desses, 16,2% necessitavam de prótese total superior e 23,8% de prótese inferior. Os idosos das regiões Norte e Nordeste apresentaram uma maior necessidade de algum tipo de prótese, especialmente próteses totais³⁷.

No Projeto SB Brasil 2010, foi verificado que 92,7% dos idosos necessitavam de algum tipo de prótese, apesar de 46,1%, fazerem uso do aparelho protético. Em todo o Brasil, 63,1% dos idosos mostravam necessidade de prótese total superior e 37,5% de prótese total inferior. O Norte e o Nordeste ainda apresentavam os maiores percentuais de necessidade de uso de prótese. No Nordeste, 96,1% dos idosos precisavam de algum tipo de reabilitação, destes, 16,1% mostraram carecer de prótese total dupla³⁸.

A má condição de saúde bucal, incluindo o edentulismo, repercute sobre a qualidade de vida de idosos de maneira substancial⁴², uma vez que a saúde bucal é componente fundamental na integralidade da saúde sistêmica e pode influenciar outras más condições sistêmicas⁴³. Desta maneira, saúde e doença devem ser compreendidas como um processo

dinâmico e multidimensional e não podem ser explicadas e definidas apenas por critérios objetivos. A habilidade e autonomia dos indivíduos para administrarem suas vidas e fazerem escolhas conscientes é fator fundamental para manterem-se saudáveis⁴⁴.

1.3.1 Perda dentária e edentulismo funcional

Parece ser consensual na literatura científica que o maior problema de saúde bucal dos idosos é o edentulismo^{33, 37,38, 45-49}. A perda dentária reflete o modelo de prática odontológica hegemônico e afeta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos⁵⁰. O aspecto cumulativo das duas principais doenças bucais avaliadas pelo SB Brasil (cárie e doença periodontal) resultam na perda de dentes, agravada ainda pelos serviços mutiladores, pautados na oferta de exodontias como tratamento, oferecidos durante muitos anos no Brasil.^{50,51}.

Kayser (1981)⁵² menciona a necessidade de adultos terem um mínimo de vinte dentes funcionais, de modo a permitir uma função mastigatória aceitável. Uma dentição com pelo menos esta quantidade de dentes promove conforto, capacidade mastigatória, estabilidade oclusal e estética satisfatória⁵³. Partindo disto, aqueles indivíduos que apresentam menos de 20 dentes são considerados edêntulos funcionais, o que significa que seus dentes remanescentes não poderiam exercer suas funções, sem reabilitação adequada⁵⁴.

No levantamento de saúde bucal realizado em 2010 no Brasil, foi visto que 53,7% dos idosos das cinco macrorregiões brasileiras eram completamente edêntulos³⁸. Apesar da constatação do declínio do edentulismo em indivíduos de outras faixa etárias, esta diminuição não tem sido observada no grupo de idosos. De forma inversa, nessa faixa etária, a perda dentária tem aumentado, cuja ocorrência continuará aumentando até 2040, com uma previsão de 64 milhões de idosos desdentadas⁵⁵.

O edentulismo afeta a saúde geral dos idosos e interfere na qualidade de vida, uma vez que a saúde bucal é importante para o bem-

estar geral⁵⁶. Uma revisão mostrou que a perda dentária apresenta como consequências orais, desde a reabsorção residual da crista óssea até o comprometimento da função mastigatória, alterações na dieta, incapacidade social e problemas orais. Pessoas desdentadas apresentam, ainda, maior risco para o desenvolvimento de diferentes doenças sistêmicas e aumento da taxa de mortalidade⁵⁷.

Diante disto e da elevada prevalência de edentulismo entre idosos, observa-se a importância de verificar os fatores associados à perda dentária. Estudos têm verificado associação entre o edentulismo e a situação conjugal⁵⁸, escolaridade⁵⁹, renda⁶⁰, acesso ao serviço odontológico⁵⁹ e autopercepção de saúde bucal⁶¹.

Revisões mostraram que dentre os fatores associados à perda dentária estão as condições socioeconômicas, o uso dos serviços odontológicos, os sistemas de saúde, a autopercepção da saúde bucal e as crenças sociais. Além disto, as piores condições são encontradas nas pessoas socioeconomicamente desfavorecidas^{51, 62}.

Diante da importância do esclarecimento acerca dos fatores associados às condições de saúde bucal dos idosos, faz-se necessário entender a relação saúde-doença em um conceito mais amplo. Nessa perspectiva, busca-se a teoria Salutogênica como ferramenta de auxílio à formulação de pensamento em saúde, evitando o determinismo proposto pelo paradigma biomédico⁶³. Assim, surge o senso de coerência que consiste em um fator psicossocial que pode tornar as pessoas mais preparadas para o cuidado de sua saúde. O senso de coerência está relacionado à autopercepção da saúde e à qualidade de vida, sendo considerado um preditor de saúde^{64,65}.

Pessoas com alto senso de coerência são mais preparadas para a manutenção e a melhora da sua saúde e bem-estar, proporcionando a escolha por comportamentos saudáveis, mesmo em situações adversas^{64,65}. Poucos estudos têm verificado a associação entre perda

dental e senso de coerência, cujos achados indicaram que pessoas com senso de coerência forte têm menor número de perdas^{44, 66}.

Além desses aspectos, estudiosos têm realizado trabalhos para verificar a autopercepção de saúde, ou seja, a visão do indivíduo sobre sua saúde, que constitui indicador eficaz de saúde pública, se relacionando com indicadores de mortalidade⁶⁷, morbidade e uso de serviços⁶⁸.

1.4 Autopercepção de saúde bucal

Entende-se por autopercepção em saúde uma interpretação subjetiva que o indivíduo faz de seu estado de saúde, baseando-se nos seus conhecimentos sobre a doença, experiências prévias e pelos contextos social, cultural e histórico vivenciados pela pessoa⁶⁹. No odontológico, a visão do indivíduo sobre sua condição de saúde bucal é influenciada pelas crenças, pelo perfil sociodemográfico e pelo histórico de doença bucal do sujeito⁷⁰.

Neste contexto, instrumentos têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar a autopercepção de saúde bucal. Dentre esses, o Índice Geriátrico de Avaliação de Saúde Oral (Geriatric Oral Health Assessment Index, GOHAI) tem sido amplamente utilizado⁷¹.

O GOHAI foi desenvolvido nos Estados Unidos, originalmente para aplicação em idosos e eventualmente em adultos. A avaliação da autopercepção de saúde bucal através do índice GOHAI permite averiguar, classificar e mensurar a percepção de um indivíduo sobre como o mesmo compreende o seu bem-estar⁷¹. Desde sua versão original, o índice tem sido adaptado, traduzido e validado em diferentes países do mundo como Espanha⁷², China⁷³, França⁷⁴, Suécia⁷⁵, Japão⁷⁶, Alemanha⁷⁷, Arábia⁷⁸, Turquia⁷⁹ e México⁸⁰.

Este índice foi traduzido para o português e validado em população de idosos no Brasil. O índice é formado por 12 questões que envolvem a análise de informações fornecidas pelos próprios indivíduos quanto à

influência de seus problemas de saúde bucal em três dimensões (física/funcional, psicossocial/psicológica e dor/desconforto). No índice, cada resposta recebe uma pontuação e o valor dos escores somados, ao fim do questionário, classifica o paciente em três categorias de autopercepção; alta, moderada e baixa⁸¹.

Estudos têm apresentado diferentes resultados quanto à autopercepção de saúde bucal dos idosos, uma vez que alguns têm verificado elevada prevalência de autopercepção boa^{6, 39-40, 82}, enquanto outros têm verificado elevada prevalência de autopercepção ruim^{33, 41, 83,84}. Contudo independente disso, os autores chamam atenção para a má condição de saúde bucal dos idosos no Brasil^{6, 33, 39-41, 83,84}.

Diante disso, observa-se a importância de verificar quais fatores estariam associados à autopercepção de saúde bucal. Estudos realizados com idosos têm verificado associação com fatores sociodemográficos^{6, 39-41, 82-84} e com a condição de saúde bucal^{6, 40-41, 82,83}.

Com relação à autopercepção da saúde bucal, foi identificado que idosos que necessitavam de algum tipo de prótese dentária e não possuíam cônjuge apresentaram maiores chances de ter uma baixa autopercepção das condições bucais⁸³. Pesquisas ainda demonstram que a percepção de saúde bucal ruim encontra-se associada ao sexo masculino, à baixa renda e à baixa escolaridade, independentemente da má condição de saúde, e à falta de seguro de saúde, à percepção negativa da saúde geral e ao uso de dentaduras^{41, 84}.

Os estudos têm mostrado a associação entre a autopercepção de saúde bucal ruim e a ausência dentária^{6, 33, 41, 83, 85}. Mitri et al., (2020)⁸⁴verificaram em seu estudo o risco de autopercepção bucal ruim 13,78 vezes maior entre aqueles idosos desdentados que não repuseram seus dentes através de uma reabilitação protética.

Somente partindo da identificação de fatores determinantes envolvidos na autopercepção de sua própria saúde torna-se possível entender e avaliar as necessidades individuais de saúde para cada

indivíduo⁸⁶. Em saúde bucal, portanto, a identificação de como os indivíduos percebem seu estado de saúde bucal é condição *sine qua non* para a adesão a comportamentos saudáveis e para a melhoria da qualidade de vida²⁸.

1.5 A saúde e os fatores étnico-raciais

1.5.1 Saúde sistêmica e bucal das populações quilombolas

De maneira geral, a literatura tem mostrado que as piores condições de saúde estão diretamente relacionadas a questões de cunho étnico-racial, majoritariamente agravadas em indivíduos negros, pardos ou indígenas⁸⁷. Dito isso, destacam-se as comunidades remanescentes quilombolas, traço histórico de resistência ao opressivo momento histórico que ocorreu durante a escravidão no Brasil. Estas comunidades são caracterizadas pela ancestralidade negra descendente de escravos e suas características étnicas que guardam relação cultural e vínculo histórico⁸⁸.

As comunidades quilombolas, geralmente encontradas em áreas rurais, são formadas por negros, baixos níveis de escolaridade e renda, descendentes de pessoas que foram escravizadas e que se organizaram nos quilombos, espaços que possibilitam a expressão de seus valores e práticas tradicionais, com base na ancestralidade escrava e africana⁸⁹. Em suas atividades econômicas predominam a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. Esses fatores contribuem para que a população seja vulnerável, no que diz respeito aos indicadores de saúde⁸⁸. De acordo com a Chamada Nutricional Quilombola, realizada em 2006, 90,9% das famílias pertenciam às classes D e E, possuindo assim, condições socioeconômicas precárias que incidem negativamente no processo saúde-doença⁹⁰.

Atualmente a Fundação Cultural Palmares têm 3.432 comunidades quilombolas mapeadas por todo o Brasil, sendo 2.777 comunidades já reconhecidas e certificadas⁹¹. No entanto, o número real de comunidades quilombolas é estimado em aproximadamente 5.000⁹⁰. A região Nordeste

conta com 1700 comunidades reconhecidas e a Paraíba, ainda segundo a Fundação Palmares, apresenta uma listagem com 39 comunidades⁹¹.

Nesse contexto, encontra-se a comunidade Caiana dos Crioulos. Caiana dos Crioulos (Figura 1), conhecida em nível local e nacional, por ser uma das mais antigas comunidades quilombolas da Paraíba e destaca-se por possuir uma população diferenciada das demais localidades, marcadas pela ancestralidade negra e pelas práticas tradicionais, como a ciranda⁹². Seus remanescentes quilombolas possuem características próprias, marcadas pelo jeito de falar próprio, que os tornam importantes⁹³, pela relação de pertencimento com o seu território⁹⁴, pela forma de rememorar sua história e transmitir para as gerações futuras⁹⁵, assim pela manutenção das tradições herdadas de seus antepassados⁹⁶.

A trajetória histórica de comunidades quilombolas brasileiras tem mostrado que esses indivíduos vêm lutando por melhores condições de saúde e qualidade de vida (QV). Alguns direitos foram alcançados, a exemplo do direito universal à saúde e à participação social. Contudo, objetivando a diminuição das iniquidades, faz-se necessário minimizar as desigualdades sociais e possibilitar equidade na distribuição de bens e serviços de saúde⁹⁷.

Buscando reduzir essas iniquidades, o Governo Federal incluiu em suas ações, iniciativas que estão concentradas no PAC Quilombola. Essas ações são predominantemente centradas em obras de saneamento e infraestrutura. O Ministério da Saúde, por sua vez, incentivou a equidade por meio da extensão da cobertura de ações já existentes, tais como o Programa de Habitação e Saneamento, as ações de segurança alimentar e nutricional e a Estratégia Saúde da Família (ESF)^{98,99}.

Cardoso, Melo e Freitas, (2018)¹⁰⁰ ao identificarem estudos sobre a saúde da população quilombola nos últimos 10 anos, observaram escassez de trabalhos. Contudo, os autores notaram o crescimento do interesse dos pesquisadores pela área nos últimos anos. Estudos têm

revelado que essas comunidades quilombolas têm apresentado elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{101,102}. Entretanto, elevadas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais ainda são presentes¹⁰³.

Caiana dos Crioulos - Alagoa Grande - Paraíba - 2010

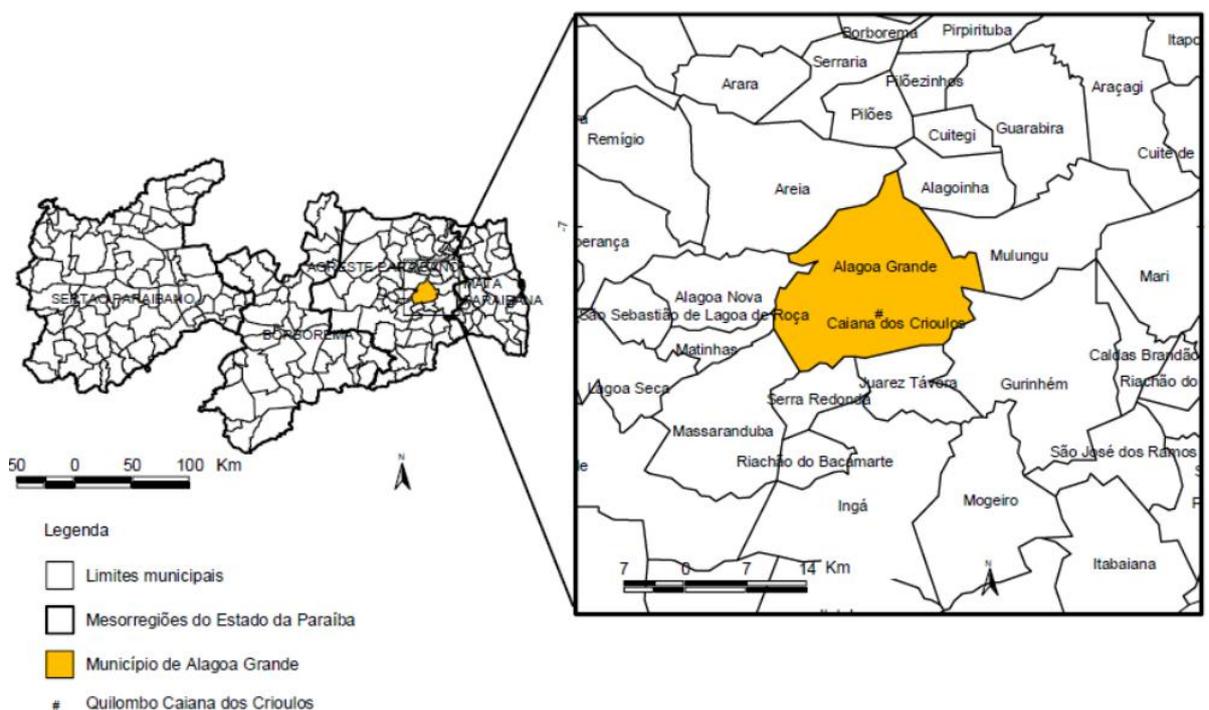


Figura1 - Localização espacial da comunidade Caiana dos Crioulos FONTE: LIMA, 2014

Soares e Kochergin (2017)¹⁰⁴ mostraram, em estudo realizado na Bahia, que a prevalência de obesidade em idosos quilombolas foi de 18,64%, sendo as mulheres mais acometidas que os homens. Santos et al. (2016)⁹⁷ mostraram que 48,9% dos idosos quilombolas de Vitória da Conquista (BA) avaliaram o seu estado de saúde como ruim. Dos idosos que referiram ter problemas de saúde, 82,6% tinham de um a cinco problemas de saúde, sendo que os mais referidos foram: hipertensão arterial sistêmica (73,8%), problemas de coluna (17,8%), diabetes mellitus (15,4%) e hipercolesterolemia (13,0%).

Quanto à condição de saúde bucal, Silva al., (2011)¹⁰⁵ em estudo com idosos quilombolas de Rondônia mostraram que, em relação à necessidade de prótese, 48,3% necessitavam apenas de prótese superior e 72,4% apenas de prótese inferior; 17,2% necessitavam da combinação de próteses removíveis. Os dados apontam para a necessidade de acessibilidade ao serviço odontológico, bem como para a precariedade das condições bucais, marcadas pela necessidade da reabilitação.

Em um estudo censitário, ao serem questionados sobre o estado dos dentes, 39,1% dos idosos de Vitória da Conquista (BA) avaliaram seu estado como “ruim”. Os pesquisadores ressaltam, contudo, que idosos edêntulos usuários de prótese, quando questionados sobre o estado dos seus dentes, na verdade referiram-se às condições de suas próteses⁹⁷.

Em um estudo com idosas quilombolas¹⁰⁶ os autores observaram que todas as idosas eram desdentadas (parcialmente ou totalmente). Os autores concluíram que idosos quilombolas consideram a perda de dentes como envelhecimento natural; apresentam histórias de vida ligadas a problemas dentários e procuram resolver os seus problemas dentais com o uso de terapias populares tradicionais.

Até o momento da finalização deste estudo, não havia na literatura artigos que avaliassem a autopercepção de saúde bucal de idosos quilombolas por meio do GOHAI. Entretanto, fazendo o uso da percepção autorreferida, Bidinotto et al., (2017)¹⁰⁷ verificaram que a má condição bucal de idosos quilombolas estava associada à autopercepção de saúde bucal negativa.

Diante do exposto, observa-se a importância de conhecer os fatores que poderiam influenciar tanto a autopercepção de saúde bucal como o edentulismo funcional de idosos quilombolas. Elucidar e compreender o processo saúde-doença é etapa crucial na tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos nessas comunidades. Diante deste contexto, evidencia-se a necessidade de avaliação da associação entre os fatores socioeconômico-demográficos e

a condição de saúde bucal com o edentulismo funcional e com a autopercepção de saúde bucal de idosos quilombolas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os fatores associados à autopercepção de saúde bucal e ao edentulismo funcional em idosos quilombolas.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a condição socioeconômico-demográfica dos idosos quilombolas.

Investigar a condição de saúde bucal de idosos quilombolas.

Analisar a autopercepção de saúde bucal de idosos quilombolas.

Mensurar o senso de coerência de idosos quilombolas.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Avaliação multidimensional da saúde de idosos quilombolas” sob orientação da professora Tarciana Nobre de Menezes no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, de caráter exploratório. Rouquayrol, (1994)¹⁰⁸ definiu a pesquisa transversal como um estudo epidemiológico, no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

3.2 Local e período do estudo

A coleta de dados foi realizada na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, reconhecida em 30 de maio de 2005 pela Fundação Cultural Palmares como área remanescente de quilombo⁹¹. A referida comunidade está localizada na mesorregião da Borborema entre os municípios de Alagoa Nova, Massaranduba e Alagoa Grande, que encontra-se a cerca de 120 km da capital do estado, João Pessoa. O período de coleta de dados compreendeu os meses de setembro a dezembro de 2019.

3.3 População

A população deste estudo foi constituída por todas as pessoas com 60 anos ou mais residentes na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2019, disponíveis no E-SUS, totalizavam 110 famílias na comunidade, compostas por 380 indivíduos, dos quais 64 são idosos. Com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde, foi realizado ajuste para o número real de idosos no quilombo, totalizando 55 idosos a serem pesquisados.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais de idade e residentes da comunidade Caiana dos Crioulos. Foram excluídos idosos que por qualquer condição patológica estivessem impossibilitados de abrir a boca para realização de exames, idosos que apresentavam indicativo de declínio cognitivo e aqueles que estavam ausentes do quilombo durante o período de coleta de dados.

3.5 Variáveis de estudo

Foram coletadas informações sobre: a autopercepção de saúde bucal, os fatores socioeconômico-demográficos (gênero, escolaridade, renda mensal familiar, situação conjugal e situação de coabitação), a condição de saúde bucal e o senso de coerência.

3.5.1 Variáveis dependentes

Autopercepção de saúde bucal:

Foi verificada por meio do índice GOHAI desenvolvido para a população idosa⁷¹ (Anexo 1). O índice é composto por 12 perguntas que apresentam como opções de resposta: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”. Cada resposta recebe uma pontuação, sendo os valores de um ponto para “sempre”, dois pontos para “às vezes” e três pontos para “nunca”. O somatório das respostas classifica o idoso em: autopercepção de saúde bucal alta (entre 34 e 36 pontos), moderada (entre 33 e 30 pontos) e baixa (inferior a 30 pontos).

Para fins estatísticos, neste estudo, esta variável foi dicotomizada em autopercepção de saúde bucal ruim (menor ou igual a 33 pontos) e boa (entre 34 e 36 pontos).

Edentulismo funcional:

Estabelecido a partir do índice CPO-D, refere-se aos remanescentes dentais hígidos e sem indicação de extração. Após a obtenção dos dados

a variável foi dicotomizada em “idosos com menos de 20 dentes” e “idosos com 20 dentes ou mais”.

3.5.2 Variáveis independentes

3.5.2.1 Fatores socioeconômico-demográficos

Gênero (feminino e masculino): Refere-se ao gênero do entrevistado.

Faixa etária (60 a 70 anos e mais de 70 anos): Refere-se à idade em anos do entrevistado.

Escolaridade (analfabeto e letrado): Refere-se à escolaridade do idoso.

Renda mensal familiar (até um salário mínimo e mais de um salário mínimo): Quantitativo referente ao somatório da renda do idoso e das pessoas com quem ele vive.

Situação conjugal (com cônjuge e sem cônjuge): solteiro, casado, viúvo ou divorciado/separado.

Situação de coabitação (mora sozinho e não mora sozinho): Somatório das pessoas que vivem na mesma residência do idoso, incluindo o idoso.

3.5.2.2 Condição de saúde bucal

Presença de prótese dentária (usa prótese e não usa prótese): Essa variável foi obtida pela inspeção da presença ou ausência de próteses. A presença de prótese considerou tanto as totais como as parciais removíveis.

Necessidade protética (não necessita de prótese e necessita de prótese): entre os idosos usuários de prótese, a necessidade de uma nova reabilitação protética foi constatada quando se notavam próteses visivelmente defeituosas e/ou quando as próteses apresentavam um tempo de uso superior a cinco anos.

Experiência de cárie:

A experiência de cárie foi avaliada por meio do índice CPO-D (Dentes 'Cariados, Perdidos e Obturados). Preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e avaliar a experiência de cárie dentária, o índice expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos. Todas essas condições representam um ponto na composição do escore na média final.

Condição periodontal:

A condição periodontal foi verificada por meio do Índice Periodontal Comunitário (IPC). É preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como exame padrão para estudos epidemiológicos e contempla três indicadores da condição periodontal: sangramento gengival, presença de cálculo e bolsas periodontais. Para a realização do exame, a boca é dividida em sextantes e utilizando a sonda periodontal OMS, toda extensão do sulco ou bolsa gengival do dente é examinada. Dez dentes índices serão utilizados no exame dos idosos (17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47).

Apesar de 10 dentes serem analisados, apenas seis são descritos, esses referentes à pior condição encontrada. Pelo menos seis pontos são examinados por dente, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal.

Não havendo pelo menos dois dentes hígidos no sextante, o sextante é excluído. Os diagnósticos foram baseados nos códigos 0, 1, 2, 3, 4, e X^{109,110}. Atribuiu-se código 0 para saúde periodontal, quando a faixa da sonda se encontrou totalmente visível, não houve sangramento à sondagem e não se observar presença de cálculo ou margens de restaurações irregulares. Código 1 para sangramento à sondagem. O código 2 foi utilizado quando houve presença de cálculo, independentemente da quantidade verificada. Código 3 para bolsas periodontais de 4-5 mm e código 4 para bolsas com profundidade superior ou iguais a 6 mm. O código "X" foi usado para excluir o sextante.

3.5.2.3 Senso de coerência:

Para obtenção dessa informação foi utilizado o questionário Sense of Coherence-13 (SOC-13) validado por Bonanato et al. (2009) (Anexo 2). Esse instrumento apresenta 13 perguntas distribuídas em três domínios: compreensibilidade, maleabilidade e significância. As respostas foram distribuídas em uma escala Likert de 5 pontos e ao final a pontuação total se deu pela soma dos 13 quesitos. Quatro questões (1, 2, 3 e 10) são negativamente formuladas, logo, sua pontuação se dá de maneira invertida. As questões 2, 6, 8, 9 e 11, referem-se à compreensão; as questões 3, 5, 10 e 13, referem-se ao manejo; e as questões 1, 4, 7 e 12, referem-se ao significado.

A soma de todos os itens fornece um escore que varia de 13 a 91, quanto maior a pontuação mais forte será o SOC. Será considerado idoso com senso de coerência “fraco”, aquele que apresentar valor inferior à mediana dos fatores encontrados e “forte” aquele que apresentar valor igual ou superior à mesma mediana¹¹¹.

3.6 Procedimento de coleta dos dados

Foi realizado um chamamento através dos Agentes Comunitários de Saúde para que os idosos comparecessem à sede da comunidade. Os dados daqueles idosos que compareceram foram coletados. Um segundo chamamento foi realizado na tentativa de avaliar os idosos faltosos.

Foi observado que as dificuldades topográficas da região inviabilizava o deslocamento dos idosos para o centro no qual estava sendo realizada coleta dos dados. Assim, adotou-se a estratégia de visitas domiciliares, com o auxílio do líder da associação e com a ajuda da agente social de saúde se organizou uma lista com o nome de todos idosos que não haviam comparecido à Sede. Devido às dificuldades de acesso às casas, bem como o tempo demandado para chegar às residências e realizar a pesquisa, elaborou-se um cronograma para que os idosos pudessem ser visitados, segundo as microrregiões do quilombo. As visitas aos domicílios para a coleta dos dados, aconteceram sempre com

informação prévia por parte da agente comunitária de saúde, havendo a possibilidade de uma visita de retorno, caso o idoso não estivesse presente. A coleta dos dados, portanto, foi realizada em um único momento, por um único examinador (CLJ), sendo as informações anotadas em formulário específico (Apêndice 1).

Neste momento foram aplicados: o formulário estruturado adaptado do SB Brasil 2010, o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (Anexo 1) e o questionário Sense of Coherence- 13 (SOC- 13) (Anexo 2).

Os exames físicos foram realizados com o idoso sentado em uma cadeira comum, em local privado. Também foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI), espelho clínico plano nº 4, sonda periodontal milimetrada OMS e espátulas de madeira. Observou-se a quantidade de dentes presentes na boca, a presença de alterações bucais em dentes e periodonto e se avaliou a presença/ou necessidade de próteses removíveis. A verificação de alterações e/ou diagnóstico de lesões que constituem o índice CPO-D e o IPC foi realizada sob luz natural.

Após a aplicação dos questionários e a realização dos exames orais os idosos receberam instruções acerca do autocuidado em saúde bucal, de forma a contribuir com a saúde da comunidade.

3.7 Calibração e estudo piloto

O treinamento e a calibração do examinador envolveram dois momentos: o primeiro momento constituiu de treinamento e discussão teórica das variáveis analisadas, assim como dos códigos e critérios utilizados na coleta de dados de saúde bucal. O segundo momento correspondeu à calibração intra e interexaminador. A calibração interexaminador foi realizada em três pacientes. O examinador do estudo e um padrão-ouro (especialista e com experiência em estudos epidemiológicos em saúde bucal) analisaram os mesmos pacientes levando em consideração os exames e códigos utilizados na ficha de avaliação. O grau de concordância interexaminador obtido pelo coeficiente kappa de Cohen foi de 0,86.

Quanto à concordância intra-examinador, o pesquisador realizou, durante a coleta de dados principal, o reexame de 10% dos pacientes no intervalo máximo de uma semana. Sendo o Coeficiente de concordância de Kappa intra-examinador de 0,91 (quase-perfeita)¹¹².

Foi realizado um estudo piloto com idosos moradores da comunidade quilombola Pedra D'água em Ingá, Paraíba, Brasil. A amostra do estudo piloto foi composta por 14 idosos, o que corresponde a aproximadamente 20% dos idosos residentes na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos. Durante sua execução foi avaliada a compreensão dos questionários, e a execução do exame odontológico. Não havendo inconsistência na coleta de dados não foram realizados ajustes.

3.8 Processamento e análise dos dados

Para análise de dados, foi utilizado o software “Statistical Package for Social Science” SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Após a análise descritiva, as análises bivariadas foram realizadas por meio do Teste do Qui-quadrado ou do Teste Exato de Fisher, apropriados para mensurar a magnitude da associação entre variáveis explicativas e desfecho, razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para comparar diferença entre os grupos da variável dependente, foi realizado o Teste de Mann-Whitney. Para todos os testes foram considerados um nível de significância de 5%.

A medida de associação usada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), estimada por meio de modelos de regressão de Poisson com estimação de variância robusta. Foram selecionadas, para a análise multivariada, todas as variáveis que se associaram com o desfecho na análise bivariada, com valor de $p < 0,20$, e mantidas no modelo final somente aquelas com associação significativa no nível de $p < 0,05$.

3.9 Aspectos éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram devidamente informados e resguardados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). A pesquisa maior, da qual este trabalho faz parte, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer número 3.459.657) (Anexo 3).

4 RESULTADOS

ARTIGO 1: *Autopercepção de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômico-demográficos e condição de saúde bucal de idosos quilombolas**

ARTIGO 2: *Fatores associados ao edentulismo funcional em idosos quilombolas***

*Elaborado de acordo com as normas da revista Gerodontology

** Elaborado de acordo com as normas da revista Ciência e Saúde Coletiva

4.1 ARTIGO 1

Autopercepção de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômico-demográficos e condição de saúde bucal de idosos quilombolas

(Self-perceived oral health and its association with socioeconomic-demographic factors and oral health status in quilombola elderly)

Cledinaldo Lira Júnior¹, Renata de Souza Coelho Soares, Tarciana Nobre de Menezes¹

1- Programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Endereço:

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
R. Baraúnas, 351 - Universitário,
Campina Grande - PB, 58429-500
Telefone: +55 (83) 99887-4274
E-mail: junior_lira16@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre a autopercepção de saúde bucal e a condição de saúde bucal e fatores socioeconômico-demográficos de idosos quilombolas. **Referencial teórico:** Estudos têm mostrado a associação da autopercepção negativa de saúde bucal com piores condições socioeconômicas e de saúde bucal, contudo, há escassez de estudos desse tipo envolvendo idosos quilombolas. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 47 idosos quilombolas. A variável dependente foi a autopercepção de saúde bucal. As variáveis independentes foram: socioeconômico-demográficas (gênero, faixa etária, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, situação de coabitação) e de saúde bucal (número de dentes presentes, presença de prótese removível, necessidade de uso de prótese, necessidade de tratamento, CPO-D e CPI. Foi realizado o Teste Qui-quadrado ou o Exato de Fisher, Mann-Whitney e Regressão de Poisson com variância robusta, todos com nível de significância de 5%. **Resultados:** A média etária dos idosos foi 71 anos (DP= $\pm 7,55$). A análise bivariada mostrou associação da autopercepção de saúde bucal com a situação conjugal ($p= 0,020$) e a necessidade de uso de prótese ($p= 0,003$), enquanto que a regressão de Poisson mostrou significância para a variável necessidade de uso de prótese ($p < 0,0001$). Idosos com necessidade de uso de prótese apresentaram prevalência de autopercepção negativa de saúde bucal 52,3% maior (RP= 1,523; IC95%= 0,109 - 0,612), quando comparados àqueles sem necessidade de prótese. **Conclusão:** De acordo com os achados do estudo o uso de prótese parece beneficiar autopercepção positiva de saúde bucal em idosos quilombolas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Saúde bucal. Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica. Grupo Africano de Ancestrais Continentais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between self-perceived oral health and the condition of oral health and socioeconomic-demographic factors in quilombola elderly. **Theoretical framework:** Studies have shown the association of negative self-perceived oral health with worse socioeconomic and poor oral health conditions, however, there is a scarcity of studies of this type involving Brazilians quilombola elderly. **Material and methods:** This is a cross-sectional study carried out with 47 elderly quilombolas. The dependent variable was the self-perceived oral health. The independent variables were: socioeconomic-demographic (gender, age, education, family income, marital status, cohabitation situation) and oral health (number of teeth, presence of removable prosthesis, need for prosthesis use, need for treatment, CPO-D and IPC). The Chi-square test or Fisher's Exact Test, Mann-Whitney and Poisson Regression with robust variance were performed, all with a significance level of 5%. **Results:** The average age of the elderly was 71 years (SD = + / - 7.55). The bivariate analysis showed an association between self-perceived oral health and marital status ($p = 0.020$) and the need for prosthesis use ($p = 0.003$), while Poisson regression showed significance for the variable need for prosthesis use ($p = 0.000$). Elderly people with need for prosthesis had a 52.3% higher prevalence of negative self-perceived oral health (PR = 1.523; 95% CI = 0.109 - 0.612), when compared to those without prosthesis need. **Conclusion:** According to the study's findings, the use of prosthesis seems to benefit positive self-perception of oral health in quilombola elderly.

KEYWORDS: Elderly. Oral health, Geriatric Oral Health Assessment Index. African Continental Ancestry Group.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos é uma realidade que tem gerado novas demandas para os sistemas de saúde, uma vez que pessoas mais velhas têm necessidades específicas¹. Na área da Odontologia, estudos têm mostrado elevada prevalência de idosos apresentando problemas de saúde bucal como a perda dentária^{2, 3}, cárie^{4, 5}, e a doença periodontal⁵. Essas doenças bucais afetam desproporcionalmente os indivíduos pobres e socialmente desfavorecidos da sociedade, uma vez que existe uma associação muito forte e consistente entre o nível socioeconômico e a ocorrência e gravidade das doenças bucais. Esta associação ocorre desde a primeira infância até a terceira idade⁶.

Sob esta perspectiva de grupos vulneráveis, incluem-se os idosos de comunidades quilombolas, grupos étnico-raciais de trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência ao opressivo momento histórico que ocorreu durante a escravidão no Brasil⁷. Estudos sobre a condição bucal de idosos quilombolas são escassos, ocasionando uma considerável lacuna de conhecimento acerca dessa população, especialmente no que se refere à condição bucal destes idosos.

Assim evidencia-se a necessidade de avaliar a associação de indicadores clínicos com indicadores psicológicos na avaliação de saúde, como é o caso da autopercepção de saúde bucal de idosos, verificada por meio do índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)⁸, cujos resultados podem auxiliar na implementação de políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos dessas comunidades historicamente importantes.

A autopercepção de saúde considera as experiências prévias do indivíduo como participante de um contexto social, cultural e histórico e pode levar à procura por atendimento odontológico⁹. Estudos utilizando o GOHAI como forma de avaliar a autopercepção de saúde bucal têm mostrado sua associação com a condição clínica de saúde oral¹⁰⁻¹⁵. Essa

informação é particularmente importante uma vez que a autopercepção de saúde é um indicador para saúde pública e está relacionado com a mortalidade¹⁶, morbidade e uso de serviço¹⁷.

Nessa perspectiva, considerando a lacuna que existe sobre a condição de saúde dos idosos quilombolas, este trabalho objetivou avaliar a associação entre a autopercepção de saúde bucal e a condição de saúde bucal, socioeconômico-demográfica em idosos quilombolas.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com idosos quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos, situada no município de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. A população do estudo foi constituída por todas as pessoas com 60 anos ou mais residentes nesta comunidade; 64 idosos segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2019 disponíveis no E-SUS. Após conferência destes dados junto ao Agente Comunitário de Saúde da região, ficou estabelecido o número de 55 idosos na comunidade.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais de idade, residentes na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos. Foram excluídos aqueles idosos que, por qualquer condição patológica, estavam impossibilitados de abrir a boca para realização de exames; idosos que apresentavam indicativo de declínio cognitivo; e idosos que estavam ausentes do quilombo durante o período de coleta de dados.

Foi realizado um estudo piloto com idosos moradores da comunidade quilombola Pedra D'água em Ingá, Paraíba, Brasil. A amostra do estudo piloto foi composta por 14 idosos, o que corresponde a aproximadamente 20% dos idosos residentes na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos.

A calibração foi realizada por meio da comparação com um outro dentista especialista e com experiência em estudos epidemiológicos (padrão-ouro); observando a concordância interexaminador comparando-se as análises do pesquisador com o padrão-ouro. Os valores de concordância foram obtidos através do coeficiente kappa de Cohen, sendo 0,86 para a concordância interexaminador e 0,91 para a concordância intraexaminador.

Os quilombos são organizados em locais de difícil acesso e com terrenos bastante acidentados, o que inviabiliza o deslocamento de idosos para centros, nos quais pudessem ser realizados o estudo. A coleta dos dados foi realizada em visitas domiciliares, em momento único, no

período de setembro a dezembro de 2019. As visitas foram agendadas previamente pelo Agente Comunitário de Saúde, havendo a possibilidade de remarcação da visita na impossibilidade de o idoso receber o pesquisador.

As variáveis socioeconômico-demográficas verificadas foram: gênero (feminino; masculino); faixa etária (60-70; mais de 70 anos); escolaridade (analfabeto; letrado); renda familiar (até um salário mínimo; mais de um salário mínimo); situação conjugal (sem cônjuge; com cônjuge); situação de coabitação (mora sozinho; não mora sozinho). As variáveis relativas à condição de saúde bucal foram: número de dentes (≥ 20 dentes; < 20 dentes); presença de prótese removível (não; sim); necessidade de prótese (não; sim); CPO-D e Índice Periodontal Comunitário (IPC) (saudável; sangramento gengival; presença de cálculo dentário; bolsa de 4-5mm e bolsas iguais ou superiores a 6mm).

A autopercepção de saúde bucal foi avaliada por meio do índice GOHAI desenvolvido para a população idosa⁸. O índice é composto por 13 perguntas que apresentam como opções de resposta: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”. Cada resposta recebe uma pontuação, sendo os valores de um ponto para “sempre”, dois pontos para “às vezes” e três pontos para “nunca”. O somatório das respostas classifica o idoso em: autopercepção de saúde bucal alta (entre 34 e 36 pontos), moderada (entre 33 e 30 pontos) e baixa (inferior a 30 pontos). Neste estudo a variável foi dicotomizada. Idosos que apresentaram pontuação do GOHAI menor que 34 foram classificados com autopercepção de saúde bucal “ruim” e idosos que apresentaram pontuação acima ou igual que 34 foram classificados com autopercepção “boa”.

Os exames físicos foram realizados com o idoso sentado em uma cadeira comum, em local privado, sob iluminação natural. Foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI), espelho clínico plano nº4, sonda periodontal milimetrada OMS e espátulas de madeira. Observou-se a quantidade de dentes presentes na boca, a presença de

alterações bucais em dentes e periodonto e se avaliou a presença/ou necessidade de próteses removíveis.

Os dados foram tabulados em dupla entrada no software *Microsoft Excel*, cuja validação dos bancos foi verificada com a ferramenta “validate”, do programa estatístico *EpilInfo7.2*. Foram realizadas análises bivariadas e multivariada no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para Windows versão 25.0; IBM Inc., Armonk, NY, EUA).

As análises bivariadas foram realizadas por meio do Teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para mensurar a magnitude da associação entre variáveis explicativas e desfecho, razões de prevalências (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para testar a diferença entre a mediana dos grupos da variável GOHAI, foi realizado o teste Mann-Whitney. Os resultados foram expressos em tabelas, tendo sido fixado um nível de significância de 5% para todos os testes.

Para obter estimativas da Razão de Prevalência foi realizada uma análise multivariada, por meio do modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Foram selecionadas, para a análise multivariada, as variáveis que na associação com o desfecho na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$. No modelo final foram mantidas aquelas variáveis com associação significativa no nível de $p < 0,05$. A adequação do modelo final foi observada através do teste de Omnibus.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. A pesquisa maior, da qual esta pesquisa faz parte, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer número 3.459.657).

RESULTADOS

Participaram do estudo 47 idosos quilombolas, de ambos os sexos, residentes no quilombo Caiana dos Crioulos, município de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. A idade variou de 60 a 92 anos, com média de 71 anos (DP = +/- 7, 55). Entre os idosos quilombolas, observou-se que a maioria apresentava 60 a 70 anos (53,2%), era do sexo feminino (68,1%), apresentava cônjuge (57,4%), tinha renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (85,1%), era analfabeta (55,3%) e não vivia sozinha em suas residências (80,9)% (Tabela 1).

A média da pontuação do GOHAI foi 30,77 (DP= +/- 5,09). Este valor, segundo os critérios do índice, classifica a autopercepção da saúde bucal como moderada. Entre os idosos estudados, 55,3% autoperceberam a saúde bucal como “ruim”. Na tabela 1 é possível observar que foi verificada associação significativa entre a autopercepção de saúde bucal e a situação conjugal ($p= 0,020$) e entre a autopercepção de saúde bucal e a necessidade de prótese ($p= 0,003$).

O CPO-D médio para a população foi 25,60 (+/- 8,5), apresentando o componente “perdido” como responsável por 96,7% da composição total do índice. Logo, a prevalência de idosos com menos de 20 dentes foi alta (87,3%), sendo 40,4% deles totalmente edêntulos.

Quando da aplicação do CPI, não foi possível realizar a análise da condição periodontal em 24 idosos (51,1%) devido à quantidade de sextantes excluídos. Dentre os idosos avaliados, a prevalência dos maiores escores identificados foi a seguinte: 17% apresentaram o cálculo dentário como maior escore, 14,9% apresentaram bolsas periodontais rasas e 17% apresentaram bolsas profundas. A limitação imposta pela quantidade de idosos excluídos no exame impediram a realização do uso desta variável para testes mais robustos.

Tabela 1: Análise bivariada da autopercepção de saúde bucal com as variáveis socioeconômico-demográficas e de condição de saúde bucal. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis socioeconômico-demográficas e de saúde bucal	N	%	Autopercepção de saúde bucal				p
			Ruim	(%)	Boa	(%)	
Total de idosos	47	100	26	55,3	21	44,7	
Faixa etária							
60-70 anos	25	53,2	12	25,5	13	27,7	0,282*
>70 anos	22	46,8	14	29,8	8	17	
Gênero							
Feminino	32	68,1	18	38,3	14	29,8	0,851*
Masculino	15	31,9	8	17	7	14,9	
Situação Conjugal							
Sem cônjuge	20	42,6	15	31,9	5	10,6	0,020*
Com cônjuge	27	57,4	11	23,4	16	34,6	
Renda Familiar							
Até 1 salário mínimo****	40	85,1	22	46,8	18	38,3	1,000**
Mais de 1 salário mínimo****	7	14,9	4	8,5	3	6,4	
Escolaridade							
Analfabeto	26	55,3	16	34	10	21,3	0,340*
Letrado	21	44,7	10	21,3	11	23,4	
Situação de coabitação							
Mora sozinho	9	19,1	7	17,7	2	4,3	0,160**
Não mora sozinho	38	80,9	19	40,4	19	40,4	
Número de dentes							

Maior ou igual a 20	6	12,8	2	4,3	4	8,5	0,386**
Menos que 20	41	87,2	24	51,1	17	36,2	
Presença de prótese removível							
Não	32	68,1	20	42,6	12	25,5	0,148*
Sim	15	31,9	6	12,8	9	19,1	
Necessidade de prótese							
Não	10	21,3	1	2,1	9	19,1	0,003**
Sim	37	78,7	25	53,2	12	25,5	
CPO-D (Média)							0,197***

* Qui-quadrado

**Exato de Fisher

***Mann-Whitney

**** Salário mínimo em 2019: 998,00 R\$

Na tabela 2 é apresentada a análise de regressão de Poisson com variância robusta, quando foram utilizadas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada: “situação conjugal” ($p=0,020$), “situação de coabitação” ($p=0,160$), “presença de prótese removível” ($p=0,148$), “necessidade de prótese” ($p=0,003$) e “CPO-D” ($p=0,197$).

Tabela 2: Análise multivariada para a autopercepção de saúde bucal ruim e variáveis socioeconômico-demográficas e de saúde bucal em idosos quilombolas. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis socioeconômicas e de saúde bucal	RP bruta (IC 95%)	P
Situação conjugal		
Com cônjuge	1	0,188
Sem cônjuge	1,145 (0,936 - 1,400)	
Situação de coabitação		
Não mora sozinho	1	0,758
Mora sozinho	1,033 (0,841 - 1,268)	
Presença de prótese removível		
Não	1	0,721
Sim	0,964 (0,178 - 1,178)	
Necessidade de prótese		
Não	1	0,004*
Sim	1,396 (1,116 - 1,747)	
CPO-D	1,009 (0,998 - 1,019)	0,106

Após o ajuste do modelo, apenas a variável necessidade de prótese mostrou-se significativa. Com isso, observa-se que idosos com necessidade de prótese apresentaram prevalência de autopercepção de saúde bucal ruim 52,3% maior (RP= 1,523; IC95%= 1,258 - 1,845), quando comparados àqueles sem necessidade de prótese (Tabela 3).

Tabela 3: Análise multivariada para a autopercepção bucal ruim em idosos quilombolas ajustada para a variável “necessidade de prótese”. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variável	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	P
Necessidade de prótese				
Não	1	0,004	1	0,000
Sim	1,396 (1,116 - 1,747)		1,523 (1,258 - 1,845)	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam associação entre a necessidade protética e a autopercepção de saúde bucal ruim que entre os idosos quilombolas avaliados.

A média do GOHAI dos idosos foi 30,77, média semelhante à encontrada em outros estudos realizados com idosos^{10, 12, 15, 18}. Neste estudo, as categorias propostas pelos idealizadores de GOHAI foram recategorizadas em “boa” ou “ruim”, mostrando elevada prevalência de idosos com autopercepção de saúde bucal ruim. Essa elevada taxa foi observada por Miranda e Silveira (2011)¹² (68,2%), assim como por Mitri, Sayegh e Boulos (2020)¹⁰(51,6%,), em estudos com idosos.

A autopercepção de saúde bucal ruim encontrada neste estudo foi coerente com a condição bucal observada a partir do exame clínico, que evidenciou número elevado de dentes perdidos e necessidade de reabilitação protética. Ekanayke & Perera (2005)²⁰ verificaram em seu estudo autopercepção de saúde bucal boa nos idosos com mais de 20 dentes. Sobre isto Steele et al (2004)¹⁹afirmaram que o número de dentes presentes é um importante determinante da percepção subjetiva da saúde bucal.

Informações da análise bivariada mostraram haver associação entre autopercepção de saúde bucal e situação conjugal. O estudo de Miranda et al. (2011)¹² mostrou que idosos que não eram casados tinham uma chance 2,06 vezes maior de autoperceberem sua condição bucal como ruim, quando comparados aos idosos casados. Carvalho, Manso, (2016)¹⁸ descreveram que os idosos solteiros apresentavam maior probabilidade de autopercepção de saúde bucal ruim que aqueles casados ou em união estável.

A insegurança de não ter com quem contar contribui para a pior avaliação da saúde²¹. Nesta perspectiva, os idosos que apresentam cônjuges parecem ter um apoio social que pode contribuir com a melhoria

da percepção acerca da sua saúde bucal, ao passo que aqueles sem cônjuges, apesar de por vezes estarem cercados por outras pessoas, não teriam a vantagem de ter alguém íntimo ao seu lado. A associação com a situação conjugal deste trabalho sugere que a situação conjugal avalia a importância do apoio social e familiar para o desfecho, assim como tem a especificidade de avaliar a importância do cônjuge para a uma boa autopercepção de saúde bucal.

No contexto da importância do apoio social, apesar de neste estudo não ter sido verificada a associação entre a autopercepção de saúde bucal e a situação de coabitação em idosos quilombolas, esta relação precisa ser considerada em um cenário de avaliação global da saúde do idoso. Idosos que moram sozinhos devem ser apoiados pelo Estado e pela comunidade, e os serviços de assistência precisam estar preparados para o cuidado destas pessoas²².

Quanto a análise multivarida foi encontrado associação entre a autopercepção da saúde bucal e a necessidade de prótese. Outros estudos realizados com idosos também têm verificado resultados semelhantes^{3, 10, 12, 13, 23, 24}.

Miranda et al. (2011)¹² verificaram que idosos que necessitavam de prótese apresentavam chance 10,87 vezes maior de autoperceber sua condição como “ruim” em comparação àqueles que não necessitavam. Klotz et al., 2017³ mostraram um risco 6,5 vezes maior de autopercepção bucal ruim, entre os idosos que necessitavam de próteses totais e um risco 2,5 vezes maior de autopercepção de saúde bucal ruim entre idosos com necessidades de outros tipos de próteses. Mitri et al. (2020)¹⁰ encontraram que não usar próteses ou fazer uso de peças mal adaptadas aumentaram mais de dez vezes a chance de autopercepção ruim em comparação com aqueles cujas próteses atendiam às suas necessidades.

O uso de prótese possibilita melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentárias²⁵, além de seu uso estar associado à melhoria da autopercepção de saúde bucal^{26, 27}.

Desta maneira, idosos que necessitam de próteses, além de estarem susceptíveis aos fatores negativos impostos pela ausência da reabilitação, têm a autopercepção de saúde bucal prejudicada, uma vez que a autoavaliação negativa está relacionada à necessidade de reabilitações protética parciais ou total²⁸.

Em se tratando de idosos quilombolas, as limitações impostas pela ausência dentária são ainda mais preocupantes, uma vez que idosos pretos possuem mais dificuldade de acesso a bens e serviços²⁹. Essa dificuldade impossibilita a reabilitação através de próteses, comprometendo a saúde e diminuindo a qualidade de vida destas pessoas. Souza et al. (2012)³⁰, fazendo uso dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Brasileira, mostraram que a raça é um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos, atentando para o fato de que idosos pretos apresentarem maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal.

Apesar de neste estudo não ter sido encontrada associação entre autopercepção de saúde bucal ruim e o número de dentes, há que se considerar a elevada prevalência de edentulismo, tendo em vista que a perda dentária constitui um problema frequente que está fortemente associado a um impacto negativo na autopercepção de saúde bucal e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal³¹. Além disso, ausência de associações com outras variáveis socioeconômico-demográficas deste estudo, como a renda e a escolaridade, pode ter ocorrido devido à homogeneidade destas informações entre os idosos, o que demandou diminuição do poder da análise estatística.

As comunidades quilombolas compartilham aspectos de vulnerabilidade com outras populações rurais e com a população negra brasileira, compartilhando de situação de fragilidade, tendo menor acesso a serviços de saúde³², maior risco de agravos à saúde bucal³³, além de pior autopercepção de saúde, tanto geral como bucal³⁴. Os resultados deste estudo são representativos do grupo de idosos de Caiana dos

Crioulos, o que garante sua validade interna. Entretanto, devido as similaridades compartilhadas por essas pessoas, poderiam ser extrapolados para idosos de outros quilombos, podendo, ainda, serem utilizados como aporte para nortear as políticas de saúde dos idosos quilombolas, ao constituir evidência científica acerca da saúde destas populações.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou a existência de associação entre e autopercepção de saúde bucal ruim e necessidade de prótese entre os idosos quilombolas. Nesta perspectiva, é razoável atentar para o fato que a prevenção da perda dentária e o tratamento reabilitador com próteses parecem ser importantes para a manutenção de uma boa autopercepção de saúde bucal, melhorando a qualidade de vida de idosos quilombolas.

Partindo da premissa da dificuldade de acesso aos serviços de saúde por idosos quilombolas, é desejável a elaboração de estratégias de atenção à saúde e o estabelecimento de políticas públicas que possibilitem o acesso equitativo destes indivíduos aos serviços de saúde (bucal e geral) nas comunidades quilombolas, respeitando os valores comunitários e ainda promovendo a participação social no seu processo de cuidado.

A realização de estudos longitudinais são encorajados, de forma a evidenciarem a relação entre a condição de saúde bucal e a autopercepção de saúde bucal, bem como elucidarem outros problemas de saúde bucal existentes entre os idosos quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis*. 2016;26(4):1383-1394. doi:10.1590/s0103-73312016000400016.
2. Kassebaum NJ, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015;94(5):650-658. doi:10.1177/0022034515573272.
3. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging*. 2017;12:659-665. doi:10.2147/CIA.S125128.
4. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, Carreiro AFP, Lima KC. Factors associated with negative self-perception of oral health among institutionalized elderly. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(11):3339-3346. doi:10.1590/1413-812320152111.08802015.
5. López, R, Smith, PC, Göstemeyer, G, Schwendicke, F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44(18):S145-S152. doi:10.1111/jcpe.12683.
6. Vergnes JN, Mazevet M. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2020;395(10219):186. doi:10.1016/S0140-6736(19)33015-6.
7. 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. *Diário Oficial da União*. 2003; Seção 1(227):4.
8. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680-7.
9. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22(1):47-51. doi:10.1111/j.1600-0528.1994.tb01568.x.
10. Mitri R, Fakhoury Sayegh N, Boulos C. Factors associated with oral health-related quality of life among Lebanese community-dwelling elderly. *Gerodontology*. 2020;37(2):200-207. doi:10.1111/ger.12463.

11. Hernández-Palacios RD, Ramírez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(4):997-1004.doi:10.1590/1413-81232015204.00702014.
12. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*.2011;14(2):251-269.doi:10.1590/S1809-98232011000200007.
13. Vasconcelos LC, Prado Júnior RR, Teles JB, Mendes RF. Self-perceived oral health among elderly individuals in a medium-sized city in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1101-1110.doi:10.1590/S0102-311X2012000600009.
14. Piuvezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):5-11.doi:10.1016/j.archger.2011.04.017.
15. Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano GM. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):e281-289.doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x
16. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
17. Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health*. 2013;127(12):1097-1104. doi:10.1016/j.puhe.2013.09.003.
18. Carvalho C, Manso AC, Escoval Ana, Salvado Francisco, Nunes Carla. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Rev Saude Publica*.2016;50:53.doi:10.1590/S1518-8787.2016050006311.
19. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(2):107-14. doi:10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x

20. Ekanayake L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J*. 2005;55(1):317. doi:10.1111/j.1875- 595X.2005.tb00029.x
21. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-428. doi:10.1590/S1415-790X201200020001918.
22. Teixeira DSC, Frazão P, Alencar GP, Baquero OS, Narvai PC, Lebrão ML et al. Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saude Publica*. 2016;32(8): e00017215. doi:10.1590/0102-311X00017215.
23. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Public Health Dent*. 1997;57(4):224-232. doi:10.1111/j.1752-7325.1997.tb02979.x.
24. Vale, MJLC, Flório, FM, Zanin L, Ambrosano GMB, Santos, RBS. Autopercepção de idosos de Teresina-PI sobre saúde bucal e fatores associados. *Arq Odontol*. 2016;52(1): 46-56. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3688>.
25. Kurahashi M, Kondo H, Iinuma M, Tamura Y, CHEN H, Kubo K. Tooth Loss Early in Life Accelerates Age-Related Bone Deterioration in Mice. *Tohoku J Exp Med*. 2015;235(1):29-37. doi:10.1620/tjem.235.29.
26. Ha JE, Heo YJ, Jin BH, Paik DI, Bae KH. The impact of the National Denture Service on oral health-related quality of life among poor elders. *J Oral Rehabil*. 2012;39(8):600-607. doi:10.1111/j.1365-2842.2012.02296.x.
27. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of oral health related quality of life among completely edentulous patients in western india by using GOHAI. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(9):2063-2067. doi: 10.7860/JCDR/2013/6377.3406.
28. Vilela EA, Martins AM, Eleutério BL, et al. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz oral res*. 2013;27(3):203-210. doi:10.1590/S1806-83242013005000010.
29. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e

- Envelhecimento (SABE). Rev Bras de Epidem. 2019;21(2):e180004.doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2.
30. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Cienc Saude Coletiva. 2012;17(8):2063-2070.doi:10.1590/S1413-81232012000800017.
31. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes. 2010;5(8):126.doi:10.1186/1477-7525-8-126.
32. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev Econ e Sociol Rural. 2005;43(1):29-44.doi:10.1590/S010320032005000100002.
33. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal?? Arq Med. 2005;19(1-2):67-74.<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v19n1-2/v19n1a10.pdf>
34. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica2014;30(3):611-622.doi:10.1590/0102-311X00117012.

4.2 ARTIGO 2

FATORES ASSOCIADOS AO EDENTULISMO FUNCIONAL EM IDOSOS QUILOMBOLAS.

(Factors associated with functional edentulism in elderly quilombolas)

Cledinaldo Lira Júnior¹, Renata de Souza Coelho Soares, Tarciana Nobre de Menezes¹

2- Programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Endereço:

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
R. Baraúnas, 351 - Universitário,
Campina Grande - PB, 58429-500
Telefone: (83) 99887-4274
E-mail: junior_lira16@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre o edentulismo funcional e os fatores socioeconômico-demográfico, senso de coerência e autopercepção de saúde bucal em idosos quilombolas. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 47 idosos quilombolas. A variável dependente foi o edentulismo funcional. As variáveis independentes foram: socioeconômico-demográficas (gênero, faixa etária, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, situação de coabitação), o senso de coerência, avaliado através do SOC-13, e a autopercepção de saúde bucal, avaliada através do GOHAI. Foi realizada a Regressão de Poisson com variância robusta para geração de modelos bruto e ajustado, todos com nível de significância de 5%. **Resultados:** A média etária dos idosos foi 71 anos (DP= \pm 7,55). A prevalência de edentulismo funcional (menos de 20 dentes) foi de 63,8%, enquanto que para o senso de coerência fraco e a autopercepção de saúde ruim, as prevalências foram 48,9% e 55,3% respectivamente. Após o ajuste do modelo final, duas variáveis permaneceram significativas: a renda familiar de até um salário mínimo (RP= 1,149; IC95%= 1,007 - 1,311) e o baixo senso de coerência (RP= 1,332 IC95%= 1,043 - 1,701). **Conclusão:** Este estudo mostrou haver associação entre o edentulismo funcional e as variáveis renda familiar e senso de coerência, evidenciando que indivíduos com edentulismo funcional apresentaram baixa renda familiar e fraco senso de coerência. Logo, a renda e o senso de coerência forte podem ser importantes para a manutenção de dentes em idosos quilombolas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Saúde bucal. Autopercepção. Senso de Coerência. Grupo Africano de Ancestrais Continentais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between functional edentulism and socioeconomic-demographic factors, sense of coherence and self-perception of oral health in quilombola elderly people. **Material and methods:** This is a cross-sectional study carried out with 47 elderly quilombolas. The dependent variable was functional edentulism. The independent variables were: socioeconomic-demographic (gender, age, education, family income, marital status, cohabitation), the sense of coherence, assessed through SOC-13, and self-perceived oral health, assessed through GOHAI . Poisson regression was performed with robust variance to generate crude and adjusted models, all with a 5% significance level. **Results:** The average age of the elderly was 71 years old (SD = + / - 7.55). The prevalence of functional edentulism (less than 20 teeth) was 63.8%, while for the sense of weak coherence and poor self-perception of health, the prevalence was 48.9% and 55.3%, respectively. After adjusting the final model, two variables remained significant: the family income of up to one minimum wage (PR = 1.149; 95% CI = 1.007 - 1.311) and the low sense of coherence (PR = 1.332 95% CI = 1.043 - 1.701). **Conclusion:** This study showed an association between the outcome of edentulism and the variables family income and sense of coherence, showing that individuals with functional edentulism had low family income and a clear sense of coherence. Therefore, income and a sense of strong coherence may be important for maintaining teeth in quilombola elderly people.

KEYWORDS: Elderly. Oral health. Self-perception. Sense of Coherence. African Continental Ancestry Group.

INTRODUÇÃO

A literatura tem chamado atenção para a relevante ocorrência de perdas dentárias em idosos, alertando para o fato de que esse é o problema bucal mais comum nesta faixa etária¹⁻⁴. O último levantamento de saúde bucal brasileiro, o SBBrasil 2010, mostrou que a média de perda dentária nos idosos foi de 25,29 dentes e o componente perdido respondeu por 91,9% do valor do índice CPO-D. Além disso, o estudo mostrou que 53,7% dos idosos das cinco macrorregiões brasileiras eram completamente desdentados³.

A perda dentária dificulta a alimentação, diminui a capacidade funcional da fonação, acarreta prejuízos à nutrição e estética, além de ocasionar danos à autoestima e à integração social⁵. Para uma dentição funcional é necessária a manutenção de mais de vinte dentes hígidos, sem lacunas estéticas, promovendo conforto, capacidade mastigatória, estabilidade e estética. Na ausência desta quantidade de dentes surge o edentulismo funcional^{6,7}.

Grupos socialmente marginalizados e idosos são os mais afetados por doenças bucais; situação agravada pelo acesso restrito ao atendimento odontológico⁸. Sob esta ótica encontram-se os idosos quilombolas; grupos com raízes na história de escravidão do Brasil, que ao longo dos séculos XVIII e XIX estiveram ligados à resistência contra o regime escravocrata⁹. Estas comunidades compartilham aspectos de vulnerabilidade com populações de outras zonas rurais e com a população negra do Brasil¹⁰, apresentando maior número de perdas dentárias¹¹ e pior autopercepção de saúde, tanto geral como bucal, quando comparados aos moradores de cidades¹².

A literatura científica tem mostrado associação entre o edentulismo e fatores socioeconômicos¹³, situação conjugal¹⁴, escolaridade¹⁵, renda¹⁶ e autopercepção de saúde bucal⁴. Duas revisões mostraram a importância das condições socioeconômicas para a saúde, alertando para o fato de que as piores condições são encontradas nas pessoas mais

socioeconomicamente desfavorecidas¹⁷.

Além destes fatores, objetivando compreender a relação saúde-doença em um conceito mais amplo, tomando como aporte a teoria Salutogênica¹⁸, alguns autores têm apontado que o Senso de Coerência (SOC) fraco está associado à perda dentária, indicando que pessoas com senso de coerência forte têm menor número de perda^{19, 20}.

Estudos específicos sobre a saúde de pessoas de comunidades quilombolas são escassos²¹. Entretanto, alguns trabalhos têm mostrado a grande perda dentária e a necessidade de prótese^{10, 22, 23}; assim como a autopercepção de saúde ruim associada à má condição de saúde bucal¹⁰. Estudo mostra, ainda, através de perdas dentárias autorrelatadas, que o edentulismo esteve associado ao gênero masculino, situação de trabalho e idade ≥ 60 anos²⁴. Contudo, não foram encontrados estudos avaliando o SOC em idosos quilombolas.

Sabendo que elucidar e compreender o processo saúde-doença é etapa crucial na tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos nessas comunidades, e tomando a lacuna de conhecimento a ser suprida acerca dessa população, o objetivo deste trabalho foi avaliar a associação entre o edentulismo funcional e a condição socioeconômico-demográfica, a autopercepção de saúde bucal e o senso de coerência de idosos quilombolas.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal realizado com idosos quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. A população deste estudo foi constituída por todas as pessoas residentes no quilombo com 60 anos ou mais, que totalizavam 64 idosos segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2019. Esse número foi ajustado pelo Agente Comunitário de Saúde da região, que mostrou haver 55 idosos na comunidade. Foram excluídos idosos que estivessem impossibilitados de abrir a boca para realização da constatação da condição dentária, idosos com declínio cognitivo e aqueles que estavam ausentes de suas residências durante o período de coleta de dados.

Para o estudo piloto foram examinados 14 idosos da Comunidade Pedra D'Água, Município de Ingá, Paraíba. Nesta etapa foi feito o treinamento do pesquisador, assim como puderam ser analisadas a consistência e o entendimento das questões.

A calibração interexaminador foi realizada por meio da comparação com um outro dentista especialista e com experiência em estudos epidemiológicos (padrão-ouro); observando a concordância interexaminador comparando-se as análises do pesquisador com o padrão-ouro. Para garantir o rigor metodológico, o pesquisador realizou, durante a coleta de dados principal, o reexame de 10% dos pacientes no intervalo de uma semana, de modo que a cada 10% da população pesquisada, a última pessoa na contagem foi reexaminada. Os valores de concordância foram obtidos através do coeficiente kappa de Cohen, sendo 0,86 para a concordância interexaminador e 0,91 para a concordância intraexaminador.

A coleta dos dados foi realizada em visitas domiciliares, no período de setembro a dezembro de 2019. Tais visitas foram agendadas previamente pelo Agente Comunitário de Saúde. Os dados socioeconômico-demográfica foram anotados em questionário específico, juntamente com os instrumentos de pesquisa GOHAI e SOC-13.

Os exames físicos foram realizados com o idoso sentado em uma cadeira comum, com boa iluminação natural e em local privado. Foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI), espelho clínico plano nº4 e espátulas de madeira. Observou-se a quantidade de dentes presentes hígidos e sem indicação de extração na e a quantidade de dentes perdidos.

O desfecho estudado foi o edentulismo funcional, avaliado através da inspeção visual dos dentes hígidos e sem indicação de exodontia. A variável foi dicotomizada em idosos com menos de 20 dentes (edentulismo funcional) e idosos com 20 dentes ou mais. Esta classificação foi baseada no referencial de Kayser (1981) que afirma a necessidade de que adultos tenham um mínimo de vinte dentes funcionais, de modo a permitir uma função mastigatória aceitável⁶.

As variáveis socioeconômico-demográficas coletadas foram: gênero (feminino; masculino); faixa etária (60-70; mais de 70 anos); escolaridade (analfabeto; letrado); renda familiar (até um salário mínimo; mais de um salário mínimo); situação conjugal (sem cônjuge; com cônjuge); situação de coabitação (mora sozinho; não mora sozinho).

Para obtenção das informações sobre o senso de coerência foi utilizado o questionário Sense of Coherence-13 (SOC-13) validado por Bonanato et al. (2009)²⁵. Esse instrumento apresenta 13 perguntas distribuídas em três domínios: compreensibilidade, maleabilidade e significância. As respostas estão distribuídas em uma escala Likert de 5 pontos e ao final a pontuação total se dá pela soma dos 13 quesitos. Quatro questões (1, 2, 3 e 10) são negativamente formuladas, logo, sua pontuação se dá de maneira invertida. As questões 2, 6, 8, 9 e 11, referem-se à compreensão; as questões 3, 5, 10 e 13, referem-se ao manejo; e as questões 1, 4, 7 e 12, referem-se ao significado. A soma de todos os itens fornece um escore que varia de 13 a 91, quanto maior a pontuação mais forte é o SOC. Foi considerado idoso com senso de coerência “fraco”, aquele que apresentou valor inferior à mediana dos fatores encontrados no presente estudo, e “forte” aquele que apresentou

valor igual ou superior à mesma mediana.

A autopercepção de saúde bucal foi avaliada por meio do índice GOHAI desenvolvido para a população idosa²⁶. Este índice é composto por 13 perguntas que apresentam como opções de resposta: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”. Cada resposta recebe uma pontuação, sendo os valores de um ponto para “sempre”, dois pontos para “às vezes” e três pontos para “nunca”. Idosos com pontuação menor que 34 foram classificados com autopercepção de saúde bucal ruim; idosos com pontuação igual ou maior que 34 foram classificados com autopercepção de saúde bucal boa.

Os dados foram tabulados através do método de dupla entrada no software *Microsoft Excel* e foram realizadas análises bivariadas e multivariada no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para Windows versão 25.0; IBM Inc., Armonk, NY, EUA).

A análise univariada foi realizada por meio da Regressão de Poisson (modelo bruto) para mensurar quais variáveis que se associaram ao desfecho. Para obter estimativas da Razão de Prevalência foi realizada uma análise multivariada com as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$, e mantidas no modelo final somente aquelas com associação significativa no nível de $p < 0,05$. Todos os resultados foram expressos em tabelas, tendo sido fixado um nível de significância de 5% para todos os testes.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer número 3.459.657).

RESULTADOS

Foram pesquisados 47 idosos, de ambos os gêneros. A idade dos entrevistados variou de 60 a 92 anos, com média de 71 anos (+/- 7,55). A população de idosos desta comunidade apresentou maior proporção de pessoas do gênero feminino (68,1%), com cônjuge (57,4%), com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (85,1%), analfabetas (55,3%) e que não viviam sozinhas em suas residências (80,9%).

A prevalência de edentulismo foi de 63,8%. A mediana do SOC, utilizada para classificar os idosos em SOC fraco e forte, foi de 30 pontos, logo, 51,1% dos idosos apresentaram SOC forte, enquanto 48,9% apresentaram SOC fraco. A média da pontuação do GOHAI foi 30,77 (DP= +/- 5,09) e 55,3% dos idosos autoperceberam a saúde bucal como “ruim”.

Na tabela 1 é possível observar a associação entre o edentulismo funcional e a condição socioeconômico-demográfica, o senso de coerência e a autopercepção de saúde bucal (modelo bruto).

Tabela 1: Modelo bruto para o edentulismo funcional em idosos quilombolas e variáveis socioeconômico-demográficas, senso de coerência e autopercepção de saúde bucal e de saúde bucal. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	Edentulismo Funcional			p
	Sim	Não	RP bruta (IC 95%)	
Faixa etária				
Mais de 70 anos	16	6	0,849 (0,695 - 1,037)	0,109
60 - 70 anos	14	11	1	
Gênero				
Feminino	22	10	1,076 (0,844 - 1,371)	0,556
Masculino	8	7	1	
Situação conjugal				
Sem cônjuge	12	8	1,000 (0,819 - 1,222)	0,997
Com cônjuge	18	9	1	
Renda familiar				
Até um salário mínimo**	24	16	1,303 (1,137 - 1,494)	0,000
Mais de um salário mínimo	6	1	1	
Escolaridade				
Analfabeto	18	8	1,109 (0,899 - 1,369)	0,334
Letrado	12	9	1	
Situação de coabitação				
Mora sozinho	5	4	0,952 (0,713 - 1,272)	0,740
Não mora sozinho	25	13	1	
Senso de coerência				
Fraco	17	11	1,382 (1,094 - 1,745)	0,007
Forte	13	6	1	
Autopercepção de Saúde Bucal				
Ruim	17	9	1,212 (0,969 - 1,516)	0,091
Boa	13	8	1	

**Salário mínimo em 2019: 998,00 R\$

Na análise multivariada foram utilizadas as variáveis que na associação com o desfecho apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada, sendo elas: “faixa etária” ($p=0,109$), “renda familiar” ($p=0,000$), “senso de coerência” ($p=0,007$) e “autopercepção de saúde bucal” ($p=0,091$). Após o ajuste do modelo duas variáveis permaneceram significativas: “renda familiar” ($p=0,000$) e “senso de coerência” ($p=0,000$) (Tabela 2).

Com isso, observou-se que os idosos quilombolas com renda menor que um salário mínimo apresentaram prevalência de edentulismo funcional 14,9% maior quando comparados àqueles com renda maior que um salário mínimo (RP= 1,149; IC95%= 1,007 - 1,311). Além disso, idosos com SOC fraco apresentaram a prevalência do desfecho 33,2% maior (RP= 1,332; IC95%= 1,043 - 1,701), quando em comparação com idosos com SOC forte.

Tabela 2: Modelo ajustado para o edentulismo funcional em idosos quilombolas e variáveis socioeconômico-demográfica, senso de coerência e autopercepção de saúde bucal. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	p
Renda familiar		
Até um SM**	1,149 (1,007 - 1,311)	
Mais de um SM**	1	0,039
Senso de coerência		
Fraco	1,332 (1,043 - 1,701)	0,021
Forte	1	

** Salário mínimo em 2019: 998,00 R\$

DISCUSSÃO

A discussão racial tem possibilitado debates importantes sobre acesso aos serviços de saúde²⁷. Esta discussão tem englobado as comunidades quilombolas, uma vez que se tratam de pessoas em sua maioria negra, que vivem em áreas rurais e com dificuldades de acesso a esses serviços²⁸. Considerando a escassez de pesquisas científicas²¹, o presente estudo com idosos de uma comunidade quilombola visa contribuir para suprir esta lacuna.

Os resultados deste trabalho mostram que o edentulismo funcional em idosos quilombolas está associado à renda familiar e ao senso de coerência. A elevada prevalência de edentulismo verificada neste estudo foi semelhante ao encontrado por outros autores em estudos realizados com idosos²⁹⁻³¹. Esta elevada taxa em idosos pode ser devida à presença de cárie e de doença periodontal, e reforçada por uma prática odontológica mutiladora que existiu no Brasil e tinha a exodontia como proposição de tratamentos odontológicos^{32, 33}.

Com relação à renda familiar, revisões sistemáticas têm sido enfáticas ao afirmarem que piores condições socioeconômico-demográficas estão associadas ao aumento das perdas dentárias^{13, 29}. Reconhece-se que a renda está diretamente ligada à disposição de recursos para os tratamentos dentários mais adequados¹⁵. Em 2015 uma metanálise mostrou que indivíduos com renda mais baixa tiveram chance 2,5 vezes maior de perderem dentes em comparação com aqueles com renda mais alta. A condição socioeconômica se mostrou importante preditor de acesso a informações e prevenção de doenças. Além disso, o alto custo dos tratamentos odontológicos influencia negativamente indivíduos de baixo nível socioeconômico, fazendo-os optarem pela retirada de seus dentes como tratamento¹³.

Na revisão sistemática realizada por Roberto et al.(2019)³¹verificou-se que melhores condições socioeconômicas foram identificadas como fatores de proteção contra o edentulismo entre os idosos. Além disso, a

renda pode facilitar a compra de um serviço, enquanto que uma boa escolaridade pode trazer a informação da importância do uso regular de serviços de odontologia³⁴.

Nesta perspectiva, se tratando de idosos quilombolas isso é importante, uma vez que, segundo a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, em 2012, 75,6% das famílias quilombolas brasileiras estavam em situação de extrema pobreza³⁵. A pior condição socioeconômica destas pessoas pode diminuir a compreensão da importância dos cuidados em saúde bucal e conseqüentemente repercutir na manutenção dos dentes. Logo, diante deste fato, idosos quilombolas devem ter acesso equitativo e de qualidade dos serviços de saúde bucal na rede pública, tendo seu atendimento pautado na prevenção das perdas dentárias e no tratamento dentário, bem como na reabilitação, na tentativa de diminuir as iniquidades impostas pela sua renda.

Neste estudo, verificou-se, ainda, que idosos com SOC fraco tiveram prevalência de edentulismo funcional maior. Estudos associando a saúde bucal ao SOC ainda são escassos²⁰; contudo, os achados indicam que pessoas com SOC forte adotam mais medidas de autocuidado, têm melhores hábitos e comportamentos de saúde bucal e vão ao dentista com maior frequência e por motivos preventivos^{19, 20, 36}.

Davoglio et al. (2016)²⁰ observaram que idosos com senso de coerência forte apresentaram maior número de dentes e menor necessidade de prótese, quando comparados com aqueles com senso de coerência fraco. Os achados disponíveis, até então, indicam que o SOC pode tornar os indivíduos atentos ao cuidar de sua saúde e que isso influencia a autopercepção e a qualidade de vida dessas pessoas³⁷. Neste contexto, quanto mais forte o SOC, mais as pessoas estariam preparadas para o enfrentamento das adversidades da vida, uma vez que poderiam fazer a escolha por comportamentos saudáveis, mesmo em situações de vida difíceis³⁸.

Diante disto há de se supor que um forte senso de coerência poderia fazer com que os idosos quilombolas apresentassem melhor condição de cuidar de sua saúde bucal. Nesta perspectiva, é fortemente sugerido o desenvolvimento de estudos longitudinais para comprovar essa assertiva.

Finalmente, se faz necessária a ressalva acerca da carência de estudos que avaliam, especificamente, a saúde da população negra de modo geral, ainda mais notável quando se trata de comunidades quilombolas²¹. Os resultados deste estudo são representativos do grupo de idosos desse local, garantindo sua validade interna. Contudo, os achados aqui descritos podem nortear as políticas de saúde dos quilombolas, no que se refere à assistência e ao planejamento de ações para a melhoria da saúde destes indivíduos. É fortemente sugerida a criação, bem como adequação de políticas assistenciais em saúde bucal direcionadas a esta população em todo o território nacional, reduzindo as desigualdades de acesso a estes serviços e garantindo uma assistência odontológica eficaz, atuando na prevenção da perda dentária e demais doenças bucais e na limitação do dano imposto pelo edentulismo.

CONCLUSÃO

Este trabalho demonstrou associação entre o desfecho edentulismo e as variáveis renda familiar e senso de coerência, evidenciando que indivíduos com edentulismo funcional apresentaram baixa renda familiar e fraco senso de coerência. A literatura científica é sólida ao confrontar as piores condições de saúde bucal com a baixa renda. Nesta perspectiva, é razoável supor que aqueles idosos quilombolas que tiverem melhor renda, terão a possibilidade de manutenção de seus dentes. O senso de coerência parece ser uma variável promissora na busca por comportamentos saudáveis e no entendimento do processo saúde-doença, no que se refere à perda dental. Portanto, os achados aqui apresentados indicam uma maior manutenção dos dentes para aqueles idosos quilombolas que tenham SOC forte.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MTF, Rosa MAC, Lima RMN, Vargas AMD, Haddad JPA, Ferreira EF. Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. *Rev Saude Publica*. 2011;45(5):817-23.doi:10.1590/S0034-89102011005000057.
2. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, Carreiro AFP, Lima KC. Factors associated with negative self-perception of oral health among institutionalized elderly. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(11):3339-3346.doi:10.1590/1413-812320152111.08802015.
3. Ministério da Saúde do Brasil. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging*. 2017;12:659-665.doi:10.2147/CIA.S125128.
5. Emami E, Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int JDent*. 2013;2013:498305. doi:10.1155/2013/498305.
6. Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil* 1981;8(5):457-487.doi:10.1111/j.1365-2842.1981.tb00519.x.
7. World Health Organization. Recent advances in oral health. WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Vergnes JN, Mazevet M. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2020 Jan 18;395(10219):186.doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
9. 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. *Diário Oficial da União* 21 nov 2003; Seção 1(227):4.
10. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FS, et al . Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev. bras. epidemiol*.2017;20(1): 91-101.

11. Figueiredo MC, Benvegnú BP, Silveira PPL, Silva AM, Silva KVCL. Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Faculd Odontol Lins/Unimep*. 2016;26(2):61-73. doi:10.15600/2238-1236/fol.v26n2p61-73.
12. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014;30(3):611-22. doi:10.1590/0102-311X00117012.
13. Seerig LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015;43:1051-1059. doi:10.1016/j.jdent.2015.07.004.
14. Teixeira DSC, Frazão P, Alencar GP, Baquero OS, Narvai PC, Lebrão MLet al . Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saude Publica*.2016;32(8):e00017215. doi:10.1590/0102-311X00017215.
15. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucaldo idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadroepidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-1675.doi:10.1590/S0102-311X2005000600013.
16. Ribeiro CG, Cascaes AM, Silva ERA, Seerig LM, Nascimento GG, Demarco FF. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: a study in Southern Brazil. *Braz Dent J*. 2016;27(3):345-352. doi:10.1590/0103-6440201600670.
17. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil*. 2010;37(2):143-156.doi:10.1111/j.1365-2842.2009.02039.x.
18. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well. London: Jossey-Bass; 1987.
19. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *JClin Periodontol*. 2010;37(11):981-986. doi:10.1111/j.1600-051X.2010.01604.x.
20. Davoglio RS, Abegg C, Fontanive VN, Oliveira MM, Aerts DR, Cavalheiro CH. Relationship between Sense of Coherence and oral health in adults

- and elderly Brazilians. *Braz Oral Res.* 2016;30(1):e56.doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0056.
21. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev. de enfer. UFPE.* 2018;4(12)1037-45.
 22. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé - Rondônia - Brasil. *Braz. Dent. Sci.* 2011;14(1-2)62-66.
 23. Souza MFNS, Sandes LFF, Araújo AMB, Freitas DA. Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 2018;13(40):1-10.
 24. Araújo RLMS, Araújo EM, Miranda SS, Chaves JNT, Araújo JA. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido baiano, em 2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2018428.doi:10.5123/s1679-49742020000200011.
 25. Bonanato K, Branco DBT, Jorge MLR, Kaeppler KC, Paiva SM, Pordeus IA. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the "Sense of coherence scale" in Mothers of preschool children. *R Interam Psicol.* 2009;43(1):144-153.<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n1/v43n1a16.pdf>.
 26. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.*1990;54(11):680-7.
 27. Freitas DAA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC.* 2011;13(5)937-43.
 28. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis.* 2016;26(4):1383-1394. doi:10.1590/s0103-73312016000400016.
 29. Barbato PR, Peres KG. Contextual socioeconomic determinants of tooth loss in adults and elderly: a systematic review. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(2):357-371.doi:10.1590/1980-5497201500020006.
 30. Silva AER, Echeverria MS, Custódio NB, Cascaes AM, Camargo MBJ, Langlois CO. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. *Cienc Saude Coletiva.* 2018;23(12):4269-4276. doi:10.1590/1413-812320182312.30562016.

31. RobertoLL, Crespo TS, Monteiro-Junior RS, et al. Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*. 2019;36:325-337. doi:10.1111/ger.12430.
32. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31 Suppl 1:3-23. doi:10.1046/j..2003.com122.x.
33. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil*. 2010;37(2):143-156. doi:10.1111/j.1365-2842.2009.02039.x.
34. Ferreira CO, Antunes JLFA, Fabiola B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(3):90-97. doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004721.
35. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos [homepage na internet] Programa Brasil Quilombola: diagnóstico das ações realizadas [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em:<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/diagnostico-de-acoes-realizadas-programa-brasil-quilombola/view>.
36. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(4):357-365.doi:10.1111/j.1600-0528.2009.00483.x
37. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085.
38. Carrondo ME. Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento das crianças: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico. Portugal. Tese [Doutorado em Educação] Universidade de Minho; 2003.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que os idosos quilombolas com necessidade de prótese apresentaram elevada prevalência de autopercepção de saúde bucal ruim. Além disso, mostraram que a renda menor que um salário mínimo e o senso de coerência fraco estão associados ao edentulismo funcional de idosos quilombolas.

A literatura científica é assertiva ao mostrar que piores condições de saúde bucal estão relacionadas às condições de vulnerabilidades. Nesta perspectiva, os indivíduos desta pesquisa apresentam diferentes aspectos que favorecem esta vulnerabilidade, por serem idosos, negros, de baixa renda, por viverem em comunidades rurais e com difícil acesso aos serviços de saúde. Diante dos achados deste trabalho, faz-se necessária a adoção de medidas de acesso que sejam equitativas e resolutivas no que se refere aos cuidados de saúde.

Assim, quanto aos serviços de saúde bucal, sugere-se que os gestores, federais, estaduais e municipais, devam implementar mudanças e políticas de ação para o aprimoramento da assistência, formulando propostas que motivem e encorajem o trabalho com essas pessoas, bem como provendo material adequado e alocamento de recursos humanos para a assistência odontológica. Sugere-se ainda que a gestão delineie soluções que incentivem a atuação do profissional nestes lugares, cuja prestação do cuidado é mais difícil de chegar e cuja infraestrutura, normalmente, não dispõe do material necessário para prática da assistência oral em saúde. Os profissionais devem ser encorajados a adentrar as comunidades, respeitando os valores dos quilombolas e abrindo espaço para a participação dos indivíduos no processo de cuidado de si e do quilombo como um todo.

Este estudo contribui com a lacuna que existe a respeito das condições de saúde bucal de idosos quilombolas, oferecendo importante aporte científico, sendo um instrumento norteador de estudos futuros na compreensão do processo saúde-doença nas comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 1. Ed. Paris: França, 2016.
2. Organización Panamericana De La Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3 ed. Washington, DC, 2003.
3. Brasil. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 out 2003.140;(192)Seção1:1-6.
4. World Health Organization. World Population Ageing 2019. 1. Ed. New York: USA, 2020.
5. Neri AL. Palavras-Chave Em Gerontologia. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.
6. Vasconcelos LC, Prado Júnior RR, Teles JB, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro [Self-perceived oral health among elderly individuals in a medium-sized city in Northeast Brazil]. Cad Saude Publica. 2012;28(6):1101-10.
7. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saude Coletiva. 2007;04(17):135-40.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
9. Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2009;(47)23-6.
10. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000: Características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
11. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
12. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Projeção da população por sexo e idade, em 1º de julho - 2010/2060 [acesso em 17 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: Características gerais da população e dos domicílios [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. CD-ROM. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=793>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

14. Navaratnarajah A, Jackson SHD. The physiology of ageing. *Medicine*. 2017;45(1)6-10.
15. Fundação Oswaldo Cruz. [homepage na internet]. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) [acesso em 22 de mar. de 2020]. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>.
16. Birren JE, Schroots JJF. History, concepts and theory in the psychology of aging. In: Birren JE, Schaie KW, editors. *Handbook of The Psychology of Aging*. 4th ed. San Diego: Academic Press; 1996.
17. Spirduso WW. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole; 2005.
18. Dantas EHMD, Santos CAS. *Aspectos Biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.
19. Motta LB. *Saúde da pessoa idosa*. UFMA – UNA-SUS, São Luís, 2013.
20. Araujo CCR, Silveira C, Simas JP, Zappellini A, Parcias SR, Guimarães ACA. Aspectos cognitivos e nível de atividade física de idosos. *Saúde*. 2015;41(2):193-202.
21. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annu. Rev. Psychol.* 2010;(61):383-409.
22. World Health Organization. *Global Health and Aging*. New York: United Nations, Department of Health and Human Services, 2017.
23. Bert E, Bodineau-Mobarak, A. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 2010;(134)33:73-86.
24. Mangeney K, Barthélémy H, Vogel T, Rappind B, Sokolakis A, Langef P-O. La santé buccodentaire en Ehpad : état des lieux et suivi des recommandations de soins. *Neurologie- Psychiatrie - Gériatrie*. 2016;(17)98:93-99.
25. Silva EMM, Silva Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. *Rev. Ciênc. Ext.* 2005;2(1):72-5.
26. Cardoso MBR, Lago EC. Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. *Rev Paraense Med.* 2010; 24(2):35-41.
27. Gomes SGF, Meloto CB, Custodio W, Rizzatti-Barbosa CM. Aging and the periodontium. *Braz J Oral Sci.* 2010; 9(1):1-6.
28. Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Cien Saude Cole.* 2010; 15(6):2925-30.

29. Krumhuber E, Manstead ASR, Kappas A. Temporal aspects of facial displays in person and expression perception: The effects of smile dynamics, head-tilt, gender. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2007;31(1),39-56.
30. Lopez Y, Rouzic JL, Bertaud V, Pérard M, Clerc JL, Vulcain J. Influence of teeth on the smile and physical attractiveness. A new internet based assessing method. *Open journal of stomatology*. 2013;3(1):52-5.
31. Kassebaum NJ, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015;94(5):650-658.
32. Lang N, Lindhe J, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (6th ed.). Chichester: John Wiley & sons, Ltd; 2015.
33. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, Carreiro AFP, Lima KC. Factors associated with negative self-perception of oral health among institutionalized elderly. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(11):3339-46.
34. López R, Smith PC, Göstemeyer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44 Suppl 18:S145-S152.
35. Van der Putten GJ, De Visschere L, Van Der Maarel-Wierik C, Vanobbergen J, Schols J. Hot topic in geriatric medicine: The importance of oral health in (frail)elderly people – a review. *European Geriatric Medicine*. 2013;4(5):339-344.
36. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290-304.
37. Ministério da Saúde do Brasil. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
38. Ministério da Saúde do Brasil. Projeto SB Brasil 2010. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
39. Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano GM. Self-perception of oral health in non-institutionalized elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e281-9.
40. Piuvezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Jul-Aug;55(1):5-11.
41. Hernández-Palacios RD, Ramírez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly

- Mexicans. An exploratory study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(4):997-1004.
42. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AM, Moreira AN, E Ferreira EF. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):100-109.
 43. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people- call for public health action. *Community Dent Health*. 2010 Dec;27(4 Suppl 2):257-67.
 44. Davoglio RS, Abegg C, Fontanive VN, Oliveira MM, Aerts DR, Cavalheiro CH. Relationship between Sense of Coherence and oral health in adults and elderly Brazilians. *Braz. Oral. Res.* 2016;20;30(1):e56.
 45. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*.2011;16(7):3317-29.
 46. Lima AMC, Ulinskia KGB, Poli-Fredericoa RC, Benettib AR, Fracassoc MLC, Macielc SM. Relação entre cárie dentária, edentulismo e autopercepção de saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos de um município do nordeste brasileiro. *UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde*. 2013;15(2):127-33.
 47. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013;Suppl 3:78-89.
 48. Ribeiro MTF, Rosa MAC, Lima RMN, Vargas AMD, Haddad JPA, Ferreira EF. Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. *Rev Saúde Pública*.2011;45(5):817-23.
 49. Ribeiro GR, Campos CH, Garcia, RCM. Oral Health in Elders with Parkinson's Disease. *Braz. Dent. J.* 2016;27(3):340-4.
 50. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;Suppl:3-23.
 51. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil*. 2010;37(2):143-56.
 52. Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil* 1981; 8:457-87.
 53. Ervin RB, Dye BA. Number of natural and prosthetic teeth impact nutrient intakes of older adults in the United States. *Gerodontology*. 2012;29: e693-e702.7

54. Medeiros RM. Edentulismo funcional e seus fatores de risco em adultos. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Programa de pós-graduação em odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal;2007.
55. Cardoso, Mayra et al. Edentulismo no Brasil: Tendências, projeções e expectativas até 2040. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1239-1246, 2016.
56. Borda MG, Castellanos-Perilla N, Patiño JA, Castelblanco S, Cano CA, Chavarro-Carvajal D, PérezZepeda MU. Edentulism and its relationship with self-rated health: secondary analysis of the Sabe Ecuador 2009 Study. *Acta Odontol Latinoam*. 2017;30(2):83-9.
57. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*. 2013;2013:498305.
58. Teixeira DSC, Frazão P, Alencar GP, Baquero OS, Narvai PC, Lebrão MLet al . Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saude Publica*.2016;32(8):e00017215. doi:10.1590/0102-311X00017215.
59. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):2041-53.
60. Ribeiro CG, Cascaes AM, Silva ERA, Seerig LM, Nascimento GG, Demarco FF. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: a study in Southern Brazil. *Braz Deribent J*. 2016;27(3):345-52.
61. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging*. 2017;12:659-665.
62. Kassebaum NJ. Global burden of severe Periodontitis in 1990-2010: A systematic review and Metaregression. *J Dent Res*. 2014;93(11):1045-53.
63. Nielsen, A.M. and Hansson, K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*. 2007;23:331-341.
64. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-6.
65. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J. Epidemiol. Community Health*. 2007;61(11):938-44.

66. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(4):357-65.
67. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
68. Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health* 2013;127(12):1097-104.
69. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res.* 2003;38(6 Pt 2):1843-62.
70. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997;11(2):272-80.
71. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J. Dent. Educ.* 1990;54(11):680-7.
72. Pinzón-Pulido SA, Gol-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1999; 34(5):273-282.
73. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and Validation of the Chinese Version of GOHAI. *J. Public Health Dent.* 2002;62(2):78-83.
74. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2003;31(4):275-84.
75. Hägglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index: Psychometric properties and validation. *Swed. Dent. J.* 2005;29(3):113-24.
76. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic Adaptation and Validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an Elderly Japanese Population. *J. Public Health Dent.* 2006;66(4):273-5.
77. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(1):34-42.
78. Daradkeh S, Khader YS. Translation and validation of the Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J. Oral Sci.* 2008;50(4):453-9.
79. Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. *J. Gerontol. Nurs.* 2008;34(9):33-9.

80. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández .Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J. Public Health Dent.* 2010;70(4):300-7.
81. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev. Port. Sau. Pub.* 2013;31(2):166-172.
82. Joaquim AMC, Wyatt CCL, Aleksejūnienė J, Greggi S L A, Pegoraro L F, Kiyak H A. A comparison of the dental health of Brazilian and Canadian independently living elderly. *Gerodontology.* 2010;27(4):258-265.
83. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. bras. geriatra gerontol.* 2011;14(2):251-69.
84. Mitri R, Fakhoury Sayegh N, Boulos C. Factors associated with oral health-related quality of life among Lebanese community-dwelling elderly. *Gerodontology.* 2020;37(2):1-8.
85. Santucci D, Attard N. The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. *Int J Prosthodont.* 2015;28(4):402-11.
86. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev. Panam. Salud. Publica/Pan Am. J. Public Health.* 2000; 8(4)268-71.
87. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate.* 2013;37(99):610-8.
88. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(2):341-54.
89. Freitas DAA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC.* 2011;13(5)937-43.
90. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Chamada nutricional quilombola. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.
91. Fundação Cultural Palmares. Certificação quilombola [homepage na internet. Brasília [acesso em 17 de maio de 2020]. Disponível em:http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.
92. Lima HVC, Negro & Quilombola: A identidade étnica em questão na comunidade remanescente de quilombos de Caiana dos Crioulos-PB. *Cadernos de História.* 2016;17(27):496-520.

93. Lima FB. Comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos: um estudo sociovariacionista Tese [Doutorado em Letras] – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.
94. Moreira APC. A Luta pela terra e a construção do território remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande - PB. Dissertação [Mestrado em Geografia] – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
95. Luiz JM. Das ressignificações do passado: as artes da memória e a escrita da história da comunidade remanescente de quilombos Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande-PB. Dissertação [Mestrado em História] – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2013.
96. Lima, HVC. “Já veio tudo dos antepassados”: história, memória e identidade étnica em Caiana dos Crioulos. Dissertação [Mestrado em História] – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2015.
97. Santos VC, Boery ENN, Pereira R, Rosa DOSS, Vilela ABA, Anjos KF et al. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. *Texto contexto – enferm.* 2016;25(2):e1300015.
98. Calheiros, FP, Stadtler HHC. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Rev. Katálysis.* 2013;13(1)133-9.
99. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(5):2367-82.
100. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev. de enferm. UFPE.* 2018;4(12)1037-45.
101. Souza CL, Barroso SM, Guimarães MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(6):1653-62.
102. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Unawareness of hypertension and its determinants among 'quilombolas' (inhabitants of 'quilombos' - hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2015;20(3):797-807.
103. Leite FMB, Ferreira HS, Bezerra MKA, Assunção ML, Horta BL. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. *Rev. paul. Pediatr.* 2013;31(4):444-51.
104. Soares DA, Kochergin CN. Fatores associados à obesidade em idosos quilombolas, Bahia, Brasil. *Rev. APS.* 2017;20(2):174-84.

105. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé - Rondônia - Brasil. *Braz. Dent. Sci.* 2011;14(1-2):62-66.
106. Souza MFNS, Sandes LFF, Araújo AMB, Freitas DA. Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 2018;13(40):1-10.
107. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FS, et al . Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev. bras. epidemiol.* 2017;20(1): 91-101.
108. Rouquayrol, MZ. *Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1994.
109. WHO. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods.* 4ª ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.
110. Chalub LLF, Péret ACA. Desempenho Do Índice Periodontal Comunitário (CPI) Na Determinação Da Condição Periodontal: Enfoque No Exame Parcial. *Arqu. Bras. Odontol.* 2010;6(3):155-62.
111. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well.* London: Jossey- Bass; 1987.
112. Landis JR, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.

1.7. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? R\$ _____

- < 1 salário mínimo
 1 a 2 salários mínimos
 3 a 4 salários mínimos
 5 ou mais salários mínimos
 NR

1.8. Qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?

- R\$ _____
- < 1 salário mínimo
 1 a 2 salários mínimos
 3 a 4 salários mínimos
 5 ou mais salários mínimos
 NR

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

2.1 Necessidade de Reabilitação Protética

2.1.1. Número de dentes presentes: _____ dentes

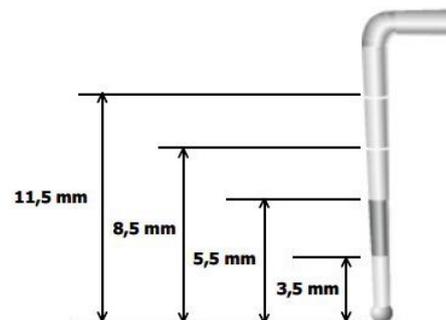
- Mais de 20 dentes
 Menos de 20 dentes

2.1.2. Usuário de Prótese removível? Sim Não

	Prótese superior	Prótese inferior
Tempo de uso	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Menos de 5 anos	<input type="checkbox"/> Menos de 5 anos
	<input type="checkbox"/> Mais de 5 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 5 anos
Condição da prótese	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Bom estado de conservação	<input type="checkbox"/> Bom estado de conservação
	<input type="checkbox"/> Presença de fratura ou trinca	<input type="checkbox"/> Presença de fratura ou trinca
	<input type="checkbox"/> Presença de desgaste dentário	<input type="checkbox"/> Presença de desgaste dentário

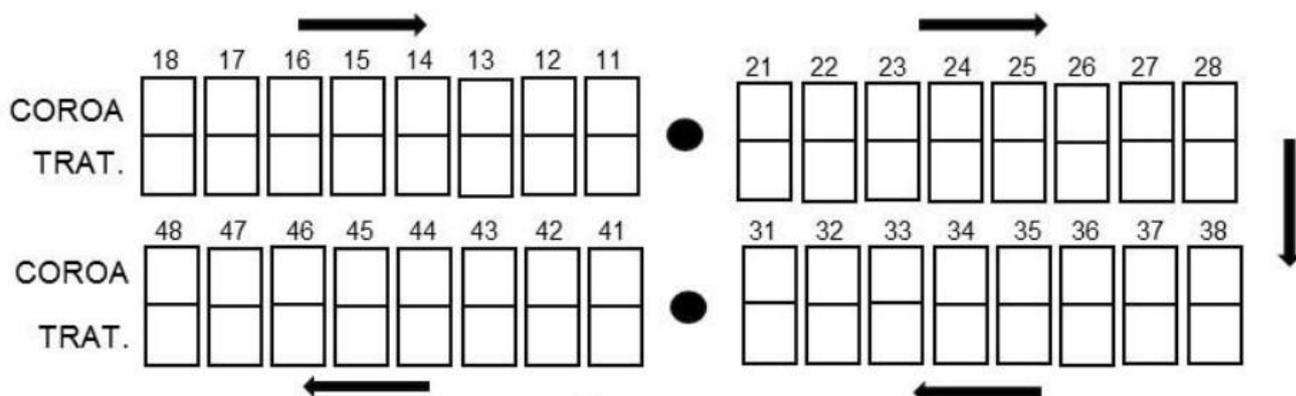
2.1.3. Prótese recomendada? Sim Não

2.2. ALTERAÇÕES PERIDONTAIS



	Sangramento gengival		Cálculo dentário		Bolsa periodontal			X
	Saudável	Sangramento à sondagem	Saudável	Presença de cálculo	Saudável	Bolsas de 4 à 5mm	Bolsas ≥ 6mm	
16/17	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
11	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
26/27	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
36/37	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
31	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
46/47	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)	
CPI								

2.3. ALTERAÇÕES DENTÁRIAS



0- Coroa Hígida	5- Dente Perdido por Outra razão	0- Nenhum Tratamento	5- Tratamento Pulpar ou Restauração
1- Coroa Cariada	6- Dente com selante	1- Restauração uma superfície	6- Extração
2- Restaurada mascariada	7- Apoio de Ponte ou Coroa	2- Restauração de 2 ou mais superfícies	7- Remineração de Mancha Branca
3- Restaurada sem cárie	8- Coroa não erupcionada	3- Coroa por qualquer razão	8- Selante
4- Dente perdido devido à cárie	T- Trauma 9- Excluído	4- Faceta Estética	9- Sem Informação

Cariados: _____

Perdidos: _____

Obturados: _____

Total: _____

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

O(a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “**Avaliação multidimensional da saúde de idosos quilombolas**”, sob a responsabilidade da professora Tarciana Nobre de Menezes.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. A coleta dos dados acontecerá apenas com sua autorização. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa tem como objetivo “Avaliar a saúde de idosos quilombolas em seus aspectos biopsicossociais” e se justifica pelo fato de os inúmeros problemas que afetam a saúde e a vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandarem respostas urgentes em diversas áreas.

Ao concordar em participar, o(a) senhor (a) deverá estar à disposição para fornecer informações sobre aspectos socioeconômico-demográficos, aferição das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricipital e dobra cutânea subescapular, perímetro do braço, perímetro da cintura, perímetro do quadril, perímetro da panturrilha e perímetro do abdômen, realização de teste de avaliação da condição de saúde bucal, capacidade funcional e física, cognitiva, da memória e da depressão; bem como, responder perguntas a respeito de sua situação de saúde, autopercepção de saúde bucal, senso de coerência, qualidade do sono e percepção da qualidade de vida. Informamos que, dentre os procedimentos realizados durante a coleta dos dados, aqueles que poderão causar algum risco ou desconforto, os quais são mínimos, se referem à aplicação dos questionários Mini Exame do Estado Mental e Escala de Atividades de Vida Diária, uma vez que poderão surgir dúvidas e/ou possíveis constrangimentos. Porém, este risco será minimizado, tendo em vista que a coleta dos dados será realizada em local reservado, visando preservar a sua privacidade. Além disso, por conta dos testes físicos, há risco mínimo de quedas ou desequilíbrio, os quais serão minimizados com a presença dos entrevistadores, os quais trabalharão em dupla, o que garantirá a sua segurança durante a execução dos testes.

Fui informado (a) a respeito dos benefícios da pesquisa, os quais terão caráter coletivo, uma vez que a mesma busca elucidar e compreender o processo saúde-doença, na tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos quilombolas de forma multidimensional.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora

proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Profa. Tarciana Nobre de Menezes, através dos telefones (83) 991316765 ou através do e-mail: tnmenezes@yahoo.com.br, ou do endereço: Av. das Baraúnas, 351, Campus Universitário, Bodocongó. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa intitulada **“Avaliação multidimensional da saúde de idosos quilombolas”** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ concordo em participar deste estudo, assim como dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Alagoa Grande, ___/___/_____.

Assinatura do participante do estudo
ou impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador
responsável

9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?

Sempre As vezes Nunca

10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?

Sempre As vezes Nunca

11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?

Sempre As vezes Nunca

12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

Sempre As vezes Nunca

Total: _____

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO SOC-13

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
1 Aquilo que você faz diariamente é:	Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Replata de objetivos
2 Até hoje a sua vida tem sido:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3 Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?					
4 Você acha que você é tratada com injustiça?					
5 Você tem ideias e sentimentos confuses?					
6 Você acha que as coisas que você faz na sua vida tem pouco sentido?					
7 Já lhe aconteceu de ficar desapontada com pessoas em quem confiava?					
8 Você tem sentimentos que gostaria de não ter?					
9 Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?					
10 Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
11 Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
12 Você sente que está numa situação pouco comum e sem saber o que fazer?					
	Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13 Às vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:					

Total:

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

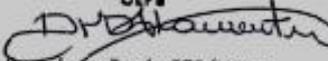
Declaração

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto "AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA" de CAAE 16344019.7.000.5187 submetido pela pesquisadora Tarciana Nobre de Menezes foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme o parecer 3.459.657.

Campina Grande, PB, 3 de junho de 2020.

Universidade Estadual da Paraíba
Doris Nóbrega de Andrade Laurencio
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

UEPB


Coordenação do CEP/UEPB



Coordenação: Profa. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenação Adjunta: Profa. Dra. Doris Nóbrega de Andrade Laurencio