



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

DANILO VIEIRA BARBOSA

**MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE
BUCAL, USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

CAMPINA GRANDE – PB

2023

DANILO VIEIRA BARBOSA

MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

CAMPINA GRANDE – PB

2023

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.

B238m Barbosa, Danilo Vieira.

Morbidade em saúde bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, uso dos serviços de saúde bucal e impacto na qualidade de vida [manuscrito] : um estudo em uma comunidade quilombola / Danilo Vieira Barbosa. - 2023.

65 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS. "

1. Saúde bucal - quilombola. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Qualidade de vida. I. Título

21. ed. CDD 617.6

DANILO VIEIRA BARBOSA

MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Aprovação em: 15 / 08 / 2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti – UEPB (Orientador)

Andreza Cristina de Lima Targino Massoni
Profa. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni – UEPB (Examinador Interno)

Liege Helena Freitas Fernandes
Profa. Dra. Liege Helena Freitas Fernandes – UPE (Examinador Externo)

Este trabalho é dedicado à todas as pessoas que viveram ou vivem em situação de escravidão e tiveram sua liberdade e direitos extirpados. Dedico também aos remanescentes Quilombolas de todo Brasil, em especial ao Quilombo Urbano de Santa Luzia- PB e da Serra do Talhado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, por me conduzir durante a minha pesquisa e me orientar durante os dois anos de mestrado que tiveram como fruto a escrita desta dissertação.

No nome de Ahyanna Nóbrega, agradeço ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, bem como a todos os seus professores, coordenadores e corpo técnico-administrativo, agradeço a oportunidade de aprender e de crescer tanto como pessoa, profissional e pesquisadora através de seus ensinamentos.

À Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal e Secretaria Municipal de Cultura de Santa Luzia – PB, nas pessoas de Ceciliana, Suely, Cláudia e Tereza, agradeço por permitirem a realização deste trabalho.

À todos os membros do Quilombo Urbano de Santa Luzia e as participantes de Associação de Louceiras da Serra Talhado, nas pessoas de Gileide e Da Guia, agradeço ao acolhimento, a atenção e a ajuda na realização da minha pesquisa. Sem a ajuda e o carinho de vocês, não seria possível. MUITO OBRIGADO!

Por fim, agradeço à CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por me proporcionar apoio financeiro durante toda minha permanência no programa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus, por ter me dado força e sabedoria para superar e entender os percalços da caminhada e aguardar pacientemente a chegada do meu momento. Sem a proteção e orientação dEle nada seria possível.

Ao meu querido orientador Alessandro, agradeço mais uma vez por ter sido o melhor orientador que Deus poderia me enviar, respeitando meu tempo, confiando no meu potencial e deixando minha jornada acadêmica menos tensa. Todo mundo acha que Alessandro é bravo e difícil de lhe dar devido seu jeito incisivo de passar as mensagens que deseja, não poderiam estar mais equivocados e não poderia me identificar mais, pois as pessoas, inicialmente, pensam exatamente a mesma coisa de mim. Mas quem tem a oportunidade de estar perto, sabe que é um misto de compromisso e calma, com pitadas de bom humor.

A minha mãe, Eliza, por sempre ter me dado até mais do que precisava e nunca ter desistido da minha educação, mesmo quando eu mesmo não queria. E ao meu pai, Daniel, com seus sábios ensinamentos, seus, longos, discursos, e principalmente sua pedagogia nada convencional: “Quer trabalhar? Pois bem! Vou arrumar um serviço bem pesado pra você e no fim, você decide se quer trabalhar nele ou estudar pra trabalhar em um mais leve”, agradeço imensamente por tudo.

As minhas sobrinhas Ana Letícia e Maria Alyce, pessoas mais importantes pra mim na face da terra, tudo que eu faço é para dar um bom exemplo para vocês. Obrigada por estarem ao meu lado sempre! Vocês só perdem para meus filhos cachorros, minha dupla de malvadoes, que no período de aulas remotas assistiram todas as aulas ao meu lado, grudadinhos. Fidel e Havana, vocês me enchem de carinho e de vida todos os dias e o dia todo.

Às queridas professoras, Andreza Targino e Liege Helena, por me honrar com a presença na banca, pela gentileza nas contribuições nesse trabalho e pela generosidade em aceitar o prazo apertado. Vocês foram essenciais!! Muito Obrigado!!

À minha querida orientadora da graduação, Profa. Faldryene, que me deu oportunidades que me impulsionaram pra voos mais altos e que, em determinados momentos, pareciam fora do meu alcance.

Na caminhada acadêmica e da vida, tenho que agradecer ainda a minha parceira de vida, Waleska, por me apoiar incondicionalmente em todos os momentos, me ensinar e inspirar na jornada acadêmica. Além de agitar meu TDAH, para que eu não procrastine mais

que o normal. Bem como celebrar minhas conquistas, grandes ou pequenas, intensamente e me puxando para celebrar junto.

A minha sogra, Francinaide Souto, por todo apoio sempre e, ainda mais, viabilizando a coleta de dados desse estudo.

Aos meus amigos, pela força e torcida pelo meu sucesso em quaisquer projetos que eu faça parte, em especial a Gerbson Rodrigues.

Aos meus colegas de Pós- graduação da turma 2021 que, deixaram essa jornada mais leve só de estarem ao meu lado.

À TODOS VOCÊS, TODA MINHA GRATIDÃO! MUITO OBRIGADO!

“Nossas vidas começam a terminar no dia em que permanecemos em silêncio sobre as coisas que importam.”

Martin Luther king

RESUMO

Introdução: Os estudos epidemiológicos são ferramentas poderosas para o planejamento em saúde e podem melhorar entendimento sobre o processo saúde-doença. Nesse contexto, observou-se a necessidade de estudar grupos étnicos menos favorecidos, dentre eles, as comunidades quilombolas. Essas comunidades foram criadas por ex-escravos que fugiram e se agruparam em lugares de difícil acesso, para não serem recapturados. Devidos às circunstâncias geográficas e sociais que esse grupo populacional esteve inserido, gerou-se desigualdade de acesso aos serviços essenciais, que impactou diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e seus descendentes que mantiveram as práticas. **Objetivo:** Analisar condição de saúde bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, utilização dos serviços de saúde, e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de quilombolas de uma cidade do nordeste brasileiro. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo e descritivo-analítico. A população do estudo foi composta por pessoas acima de 18 anos de idade, residentes no “Quilombo urbano de Santa Luzia- PB. O instrumento de pesquisa abordou questões referentes à caracterização socioeconômica, morbidade bucal autorreferida, hábitos de higiene oral e uso dos serviços de saúde bucal. A Qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi medida através do OHIP -14. Os dados foram analisados do SPSS, versão 20.0 para Windows. A amostra foi caracterizada por meio de frequências relativas e absolutas e para investigar a associação entre variáveis dependentes e independentes foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson. Considerou-se estatisticamente significativa p-valor <0,05. **Resultados:** A amostra foi composta por 160 participantes, majoritariamente, do sexo feminino (62,5%), média de idade de 42,73 anos, variando entre 18 e 83 anos. A maior parte dos indivíduos vivia com um companheiro (63,8%), em situação de desemprego (58,1%), com renda familiar mensal menor que um salário mínimo (62,5%) e possuíam até oito anos de estudo (38,8%). A maioria dos participantes afirmou escovar os dentes (93,1%). Destes, 83,3% o fazem duas ou mais vezes ao dia. Quanto a troca da escova de dentes, 73,1% fazem com menos de 6 meses de uso. A não utilização do fio dental foi reportada por 90% da amostra. dor de dente nos últimos 6 meses foi relatada por 38,8% dos quais 56,5% descreveram como de intensidade severa. Por sua vez, 18,8% sentiram dor na face/lateral da cabeça nos últimos 6 meses, sendo 73,3% de intensidade severa. No último ano, 51,3% dos participantes procuraram algum serviço odontológico e dos quais 68,7% foram atendidos. Quanto a última consulta 77,6% buscaram o serviço público. O motivo mais citado para a procura do serviço foi a dor dentária ou exodontia (59,0%). O último atendimento odontológico foi classificado como bom ou muito bom por 75% dos quilombolas. A maioria dos participantes (61,3%) avaliou a própria saúde bucal como boa; no entanto, 92,5% afirmaram necessitar de algum tipo de tratamento odontológico, sendo a prótese dentária o motivo mais citado para 30,6%. A qualidade de vida teve baixo impacto para 91,3% dos participantes. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o impacto da qualidade de vida com a frequência de troca da escova de dente ($p=0,011$); presença de dor de dente nos últimos seis meses ($p=0,017$); frequência de dor na cabeça/face nos últimos seis meses ($p=0,007$); e tempo decorrido da última consulta com o dentista ($p=0,004$). **Conclusão:** A ocorrência de dor de dente, dor na cabeça / face e tempo decorrido da última consulta odontológica, impactou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos quilombolas participantes do estudo.

Palavras-chave: saúde bucal; quilombolas; acesso aos serviços de saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological studies are powerful tools for health planning and can enhance our understanding of the health-disease process. In this context, there has been a recognition of the need to study underprivileged ethnic groups, among them, the quilombola communities. These communities were formed by former slaves who escaped and grouped together in remote areas to avoid recapture. Due to the geographical and social circumstances this population group was embedded in, unequal access to essential services emerged, directly impacting the quality of life of these individuals and their descendants who continued these practices. **Objective:** To analyze self-reported oral health conditions, oral hygiene habits, utilization of health services, and oral health-related quality of life among quilombola communities in a city in northeastern Brazil. **Methodology:** This study employed an observational, cross-sectional, quantitative, and descriptive-analytical approach. The study population consisted of individuals aged 18 and above, residing in the "Urban Quilombo of Santa Luzia, PB." The research instrument addressed questions related to socioeconomic characteristics, self-reported oral morbidity, oral hygiene habits, and utilization of oral health services. Oral health-related quality of life was assessed using the OHIP-14 questionnaire. Data analysis was performed using SPSS version 20.0 for Windows. The sample was characterized using relative and absolute frequencies, and to investigate the association between dependent and independent variables, the Pearson chi-square test was utilized. Statistical significance was considered at a p-value of <0.05 . **Results:** The sample consisted of 160 participants, predominantly female (62.5%), with a mean age of 42.73 years, ranging from 18 to 83 years. Most individuals lived with a partner (63.8%), were unemployed (58.1%), had a monthly family income lower than a minimum wage (62.5%), and had up to eight years of education (38.8%). The majority of participants reported brushing their teeth (93.1%), with 83.3% doing so two or more times a day. Regarding toothbrush replacement, 73.1% did so within less than 6 months of use. Non-use of dental floss was reported by 90% of the sample. Toothache in the last 6 months was reported by 38.8%, of which 56.5% described it as severe in intensity. In turn, 18.8% experienced facial/head pain in the last 6 months, with 73.3% reporting severe intensity. In the last year, 51.3% of participants sought some form of dental service, and 68.7% of them were attended to. Concerning the last dental appointment, 77.6% utilized public services. The most cited reason for seeking dental care was toothache or extraction (59.0%). The last dental visit was rated as good or very good by 75% of the quilombolas. The majority of participants (61.3%) evaluated their own oral health as good; however, 92.5% stated the need for some form of dental treatment, with dental prostheses being the most cited reason (30.6%). Quality of life had low impact for 91.3% of the participants. A statistically significant association was found between the impact of quality of life and the frequency of toothbrush replacement ($p=0.011$), presence of toothache in the last six months ($p=0.017$), frequency of head/face pain in the last six months ($p=0.007$), and time since the last dental appointment ($p=0.004$). **Conclusion:** The occurrence of toothache, head/face pain, and time elapsed since the last dental appointment impacted the oral health-related quality of life of the participating quilombolas.

Keywords: oral health; quilombola communities; equity in access to health services; quality of life.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---------------|---|
| CAAE | Certificado de Apresentação de Apreciação Ética |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DDS | Determinantes Sociais da Saúde |
| DP | Desvio padrão |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| E-SUS | Sistema Único de Saúde Eletrônico |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBM | <i>International Business Machines</i> |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INCRA | Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária |
| IDH | Índice de desenvolvimento humano |
| JCR | <i>Journal Citation Reports</i> |
| MS | Ministério da Saúde |
| N | Número |
| OHIP | <i>Oral Health Impact Profile</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PB | Paraíba |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PBQ | Programa Brasil Quilombola |

| | |
|------------------|--|
| QV | Qualidade de Vida |
| SB Brasil | Pesquisa Nacional de Saúde Bucal |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UEPB | Universidade Estadual da Paraíba |
| USS | Utilização dos Serviços de Saúde |
| VD | Variável Dependente |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |
| WMA | <i>World Medical Association</i> |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Localização geográfica do Quilombo Urbano de Santa Luzia..... | 27 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Descrição das variáveis incluídas na pesquisa..... | 30 |
|--|----|

Artigo 1

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Caracterização socioeconômica dos participantes do estudo..... | 36 |
|--|----|

| | |
|---|--|
| Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo quanto aos hábitos de higiene bucal...37 | |
|---|--|

| | |
|--|----|
| Tabela 3: Caracterização dos participantes do estudo quanto à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal..... | 38 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Tabela 4: Caracterização das dimensões do OHIP-14 quanto à média, desvio padrão, valor mínimo e máximo..... | 39 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 5: Tabela de referência cruzada, associação entre as variáveis independentes relacionadas à higiene bucal e o impacto na qualidade de vida..... | 40 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 6: Tabela de referência cruzada, associação entre as variáveis independentes relacionadas à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida..... | 40 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 18 |
| 2.1 A população quilombola e seus remanescentes..... | 18 |
| 2.2 Política Nacional de Saúde da População Negra..... | 19 |
| 2.3 Saúde Bucal no Brasil..... | 20 |
| 2.4 Saúde Bucal da População Quilombola..... | 22 |
| 2.5 Acesso aos Serviços de Saúde..... | 25 |
| 2.6 Qualidade de Vida..... | 24 |
| 3 OBJETIVOS..... | 26 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 26 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 26 |
| 4 METODOLOGIA..... | 27 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 27 |
| 4.2 Local da pesquisa..... | 27 |
| 4.3 População e amostra do estudo..... | 28 |
| 4.4 Critérios de inclusão..... | 28 |
| 4.5 Critérios de exclusão..... | 29 |
| 4.6 Instrumentos de pesquisa..... | 29 |
| 4.7 Procedimento de coleta de dados..... | 29 |
| 4.8 Variáveis da pesquisa..... | 30 |
| 4.9 Análise estatística dos dados..... | 32 |
| 4.10 Aspectos Éticos..... | 32 |
| 5 RESULTADOS..... | 34 |
| 5.1 Artigo | 34 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 46 |
| REFERÊNCIAS..... | 47 |
| APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido – TCLE..... | 56 |
| APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa..... | 58 |
| ANEXO A – Termo de anuência institucional Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia – PB..... | 61 |
| ANEXO B – Aprovação do projeto pelo Comitê de ética em pesquisa..... | 62 |

ANEXO C – Normas do periódico elencado para publicação do artigo científico.....65

1 INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos podem ser considerados uma poderosa ferramenta para desenvolver um eficiente planejamento em saúde. Os seus resultados podem nortear a elaboração e implementação de políticas públicas que, se bem executadas, podem mudar o panorama da população e áreas estudadas. De acordo com Marcenés e Bonecker (2000), quando aplicados seguindo o mesmo padrão, tais estudos podem permitir a identificação, avaliação e monitoramento da severidade e frequências das doenças, podendo estar voltados para todas as fases que envolvam o processo saúde-doença (SILMAN; MACFARLANE, 2018).

Durante um longo período, as informações obtidas nesse tipo de estudo eram tidas como pouco relevantes, sobretudo quando a coleta era a nível municipal, chegando a serem subutilizadas e até mesmo deixando de serem publicados (VAUGHAN; MORROW, 1997). Entretanto, com a mudança de paradigma nas políticas públicas nos anos 2000, aliada ao exponencial crescimento da epidemiologia em saúde bucal no Brasil, fizeram com que os estudos epidemiológicos fossem vistos com maior relevância (RONCALLI, 2000).

As condições de saúde bucal da população brasileira tem melhorado bastante nas últimas décadas, embora esse processo de melhoria tem sido marcado por desigualdades socioeconômicas e culturais e por dificuldades na estruturação do cuidado de acordo com os princípios da equidade, universalidade e integralidade da assistência à saúde (CORASSA, 2022).

Apesar da melhoria nos indicadores, as doenças bucais ainda constituem um importante problema de saúde pública, devido à elevada prevalência na população brasileira (NICO Et al., 2016). Não obstante, a avaliação contínua de indicadores de saúde bucal é essencial para se compreender e identificar as necessidades coletivas, bem como disponibilizar dados e informações que possam fundamentar a formulação de políticas públicas e orientar a organização dos serviços de saúde (ANDRADE e NARVAI, 2013).

O processo saúde-doença se desenvolve mediante vários processos de interação dos aspectos que cercam o indivíduo ou o grupo envolvido, questões sociais, econômicas, políticas e ambientais, se juntam as já conhecidas questões biológicas e então surge o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), enfatizando como as

vulnerabilidades sociais afetam a morbidade e mortalidade da população (PERES et al. 2007; CARVALHO, 2013).

Nesse contexto, observou-se a necessidade de estudar grupos sociais e étnicos menos favorecidos, com intuito de conhecer melhor a realidade desses grupos e poder fornecer conhecimento para contribuir na formulação de políticas públicas que possam contribuir para eliminar potenciais iniquidades em saúde. (BASTOS et al, 2018). Dentre os grupos mais vulneráveis, estão os indígenas, pessoas de pele preta e parda, e dentre os de pele preta, as comunidades quilombolas, merecem destaque por todo o contexto histórico que carregam consigo (SILVA, 2007).

O Brasil dispõe de uma grande quantidade de comunidades autodeclaradas como remanescentes de quilombos, no entanto, a titulação e certificação oficiais através de estudos antropológicos e laudos técnicos é primordial para a garantia de seus direitos de ancestralidade (BELTRÃO, 2021). O decreto nº 4887 regulamentou, ainda no ano de 2003, o método para identificar e reconhecer as comunidades quilombolas, para que estas pudessem ser reconhecidas comoremanescentes das comunidades dos quilombos, sendo efetivados como “grupo étnico- racial”, com ancestralidade negra e trajetória histórica própria (BRASIL, 2003).

Atualmente o Brasil conta com 3212 comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas oficialmente (BRASIL, 2018) e tais comunidades se originaram por processos de herança, ocupação de terras livres, compra de terras ou pagamento de serviços prestados ao Estado em troca de terras e doações (GUEDES, 2018).

No ano de 2003 foi instituído o Programa Brasil Quilombola (PBQ), um esforço do Estado que visa corrigir a dívida existente com a população negra, estimulando o desenvolvimento econômico e social das comunidades, orientados pelos princípios da cidadania, da segurança alimentar e nutricional e do desenvolvimento sustentável, culminando na promoção da qualidade de vida dessa população (FERREIRA; TORRES, 2015).

No entanto, estudos vem demonstrando que tais comunidades ainda apresentam precárias condições de vida e encontram-se privadas de alguns direitos fundamentais, tais como o direito à terra onde sobrevivem e à água de qualidade (FERREIRA; TORRES, 2015), além de reconhecerem a etnia como sendo um fator limitante na utilização dos serviços de saúde pelo povo quilombola (GUEDES, 2018).

O número reduzido de estudos realizados com esse grupo populacional faz

necessária a realização de inquéritos populacionais nas comunidades remanescentes de quilombo, buscando investigar as condições de saúde bucal, uso dos serviços de saúde bucal e seus determinantes, pois com estas informações se torna possível estabelecer políticas de saúde efetivas, reduzindo o já tão longo histórico de desigualdades sociais (BEZERRA et al., 2014).

Destarte, o presente estudo, que possui grau de ineditismo, analisou as condições de saúde bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, utilização dos serviços de saúde bucal, e seus impactos na qualidade de vida dos indivíduos cadastrados como pertencentes ao Quilombo Urbano em Santa Luzia – PB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A população quilombola e seus remanescentes

O processo de resistência ao regime de escravidão ao longo dos séculos XVIII e XIX deu origem a uma estrutura organizacional de novas comunidades, denominadas de Quilombolas (BRASIL,2003). Alinhadas por raízes históricas, as comunidades quilombolas, segundo Silva (2010) e Brasil (2018), seguiram com caráter de resistência, mesmo após a abolição da escravatura, em resposta a um modelo de sociedade que não incorporou os ex- escravos, trazendo consigo para os dias atuais as desigualdades sociais, de saúde e de acesso aos bens e serviços.

As comunidades negras rurais, durante séculos, desenvolveram relações socioculturais, econômicas e políticas, essas relações edificaram a formação dos quilombos, que se originaram por processos de herança, ocupação de terras livres, compra de terras ou pagamento de serviços prestados ao estado em troca de terras e doações (GUEDES, 2018).

A legislação brasileira define tais comunidades como grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (OLIVEIRA et al. 2015). O Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) seguem o conceito da Normativa N°16, de 24 de março de 2004 que diz em seu artigo terceiro e quarto “Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnicos raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

Consideram-se terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos “toda a terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural, bem como as áreas detentoras de recursos ambientes necessários à preservação dos seus costumes, tradições, cultura e lazer, englobando os espaços de moradia e, inclusive, os espaços destinados aos cultos religiosos e os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos” (CARDOSO, 2010; CALHEIROS et

al., 2018).

A população quilombola, ao fim do século XX, iniciou um processo de reivindicação de reconhecimento, direto ao livre uso das terras ocupadas, bem como sua posse legal, e livre exercício de suas crenças e valores (ALMEIDA, 1996).

O direito à propriedade legal às terras onde situavam-se as comunidades quilombolas, foi assegurado pelo art. 68 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), embora os direitos fundamentais, como saneamento, habitação, alimentação e saúde, não são assegurados, o que torna a qualidade de vida aceitável apenas um conceito bem distante da realidade dessas comunidades.

2.2 Política Nacional de Saúde da População Negra

A Constituição Federal de 1988, versa sobre a responsabilidade do Estado em garantir a saúde ao povo, diz em seu artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), entretanto, até então, o Estado não assegura, de fato, a mesma qualidade, sobretudo em consideração ao ponto regional ou étnico (GUEDES, 2018).

Nos últimos anos, houve a tendência da implementação de políticas públicas para reduzir as desigualdades do Brasil, e o Ministério da Saúde em busca da promoção da equidade tem criado uma série de políticas (CHEHUEN NETO et al., 2015). Com intuito da implementação do direito humano à população negra o Conselho Nacional de Saúde aprovou, no dia 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que objetiva a melhoria das condições de saúde desse segmento da população, através de ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, incluindo aqueles com maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2013; GUEDES, 2018).

A PNSIPN foi instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, surgiu como tentativa de instituir um mecanismo compensatório, tentando reduzir os efeitos da discriminação e exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, bem como reduzir as consequências desses abusos (MAIO, 2005).

O último censo demográfico brasileiro (IBGE, 2011) produziu dados que revelaram que 50,7% da população brasileira se autodeclara negra ou parda. Os fatores socioeconômicos indicaram que a população branca tem renda 84,5% maior que a população negra e a taxa de analfabetismo entre negros com 15 anos ou mais atingiu

27,4%, enquanto na população branca de mesma faixa etária era 5,9% (IPEA, 2002). Diante desse cenário, a PNSIPN se apresentou como valiosa ferramenta para reestruturação da saúde e da dignidade e atendimentos das demandas da população negra.

O Ministério da Saúde (MS) reconheceu que as atuais condições de vida da população negra, são resultados da soma de injustiças e abusos que essa população sofreu nos mais diversos campos, cenário que se reflete também no quadro epidemiológico desse grupo, evidenciando vulnerabilidade em saúde. Nesse sentido, o MS por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, o próprio indivíduo reconhece sua cor/raça, reconhecendo as diferenças das condições vida e saúde entre as pessoas, assim podendo oferecer o atendimento adequado a cada um, respeitando o princípio da equidade, que por sua vez, norteia as políticas em saúde.

2.3 Saúde Bucal no Brasil

Os levantamentos epidemiológicos no Brasil tinham abrangência restrita à população escolar coberta pelos “programas incrementais” em seu início, nos anos 1950, apesar disso serviram de base para o conhecimento epidemiológico do país (NARVAI, 2006).

O primeiro levantamento epidemiológico do Brasil, foi realizado na zona urbana de 16 capitais, no ano de 1986, com participação de crianças, adolescentes, adultos e idosos, abordando aspectos como cárie dentária, doença periodontal e acesso aos serviços de saúde, foi executado pelo MS (1986). Em 1996, realizou-se o segundo levantamento, ampliando para zona urbana de 27 capitais, com população de 6 a 12 anos, gerando dados sobre cárie dentária (BRASIL, 1996). Esses estudos foram muito importantes para a época, entretanto não serviram de norte para nenhuma política de saúde bucal vigente, sobretudo pela conjuntura política de cada um dos períodos, no primeiro levantamento o SUS ainda não tinha sido implementado e o banco de dados se tornou público mais de dez anos depois do estudo e no segundo levantamento, o esvaziamento da Saúde Bucal em nível federal, as dificuldades na implantação do SUS, a não utilização da mesma linha metodológica e, novamente, a dificuldade de dispersão dos dados, pois o relatório final não chegou a ser publicado, eventos que denotam

descaso do poder público com a saúde bucal (RONCALLI, 2006).

No ano 2000, o MS propôs uma discussão sobre a necessidade de um levantamento epidemiológico que abrangesse os principais agravos em todos os grupos etários, na população urbana e rural, e como resultado dessa discussão surgiu o Projeto SB 2000, que geraria informações capazes de avaliar a situação de saúde bucal do país em relação as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no mesmo ano (BERTI, 2013). No entanto, o projeto só foi concluído em 2003, ficando conhecido como SB Brasil 2003, representando um avanço gigante nos inquéritos nacionais em saúde bucal (NARVAI et al, 2010). Esse momento coincide com a mudança de olhar do governo federal acerca da saúde bucal, tratando o tema como prioridade e implementando ações mais organizadas que gestões anteriores.

O modelo de saúde brasileiro, a partir do ano 2000, vem modificações substantivas, sobretudo com aumento da abordagem preventiva, essas mudanças de panorama vieram junto com a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), que embora tenha sido criado em 1994, só acresceu a saúde bucal no ano 2000 (MIALHE, 2007).

Com o avanço da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve uma drástica mudança de paradigma, com o paciente deixando de ser visto de forma fragmentada e passando a ser visto como um todo, de uma forma holística, relacionando sua condição de saúde a avaliação dos aspectos biopsicossocial (MESQUITA et al, 2009).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), reorientou a atenção à saúde bucal através de diretrizes que reorganizaram os serviços, usando a epidemiologia e aspectos intrínsecos de cada território como base, com objetivo de proporcionar assistência integral (BRASIL, 2004).

A Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04, estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0.7, e com população menor que 30 mil habitantes ou menos de 50 mil (se for Amazônia legal). Tais medidas beneficiaram 3008 municípios (2010) (54,06%), sendo que 2281 municípios mais pobres passaram a ter 50% a mais nos valores dos recursos destinados a suas equipes (BRASIL, 2005; MACHADO, 2010).

A política governamental brasileira para a Saúde Bucal compreendeu que se deve "ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico", garantindo serviços odontológicos

em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores a esse tipo de assistência, inclusive com a implantação, pelo setor público, de laboratórios de próteses dentárias de âmbito regional ou municipal (CARDOSO, 2010).

Mesmo após os avanços obtidos pela implementação de políticas públicas de saúde bucal, os desafios são enormes, o agravo mais frequente é cárie dentária, seguindo a tendência mundial, em 2016 segundo Who (2018) 2,4 bilhões de pessoas no mundo eram acometidas por cárie dentária em dentes permanentes, mesmo sendo altamente evitável é a doença crônica mais prevalente da infância, com cerca de 1,8 bilhões de novos casos por ano em crianças pelo mundo (XIAO et al., 2019). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 mostrou que 54,1% das crianças possuíam cárie dentária, sendo prevalente em crianças de famílias com menor renda salarial, evidenciando a influência dos determinantes sociais na saúde bucal (FREIRE et al, 2018; DYE et al., 2015).

A saúde bucal autorreferida é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos e sintetiza a condição objetiva da saúde bucal em termos de funcionalidade, valores sociais e culturais relacionados à essa (MOURA et al., 2014). Desta forma, entender o conceito subjetivo da saúde bucal possibilita investigar quais são os fatores associados à autoavaliação positiva ou negativa da condição de saúde bucal na população em estudo (BARROS et al., 2007).

2.4 Saúde Bucal da População Quilombola

Mesmo após a implementação da PNSB, ainda se faz necessário o aprofundamento nas questões de diversidade étnico-raciais da população brasileira nas pesquisas epidemiológicas, com intuito de extrapolar o diagnóstico de saúde para além dos dados secundários e buscar conhecer a realidade das populações minoritárias, que é onde se enquadram as comunidades quilombolas (KABAD et al. 2012; BEZERRA et al., 2014).

A Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04, implementou o diferencial de financiamento em equipes que atuam em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas de cidades que não se enquadram nos critérios supracitados (BRASIL, 2005).

A política governamental brasileira para a Saúde Bucal enfatizou a importância de “implementar ações de saúde bucal junto às populações remanescentes de quilombos, após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo quilombola” (BRASIL, 2005; NARVAI, 2006, SILVA, 2008).

As comunidades quilombolas se destacam como grupo que, historicamente, sofre com o processo de exclusão em todos os âmbitos, com saúde bucal não foi diferente. O conhecimento desse processo histórico, pode contribuir para o reestabelecimento da equidade em saúde bucal para estes povos (GOMES, 2013).

Estudos que buscaram avaliar hábitos de higiene bucal e sua associação com fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do interior da Bahia, encontraram que o grupo quilombola apresentou piores resultados referentes a escovação, uso de fio dental e autopercepção da saúde bucal, que foram associados às características sociodemográficas desta população (SILVA et al., 2018; BIDINOTTO et al., 2017).

Não obstante, tem sido evidenciado um perfil carente de saúde bucal (altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias) das populações quilombolas que se apresentam dependentes de baixa remuneração e escolaridade, o que sugere que esta é uma população desassistida pelos benefícios advindos de políticas públicas de saúde com assistência odontológica preventiva-educativa-curativa (FIGUEIREDO et al, 2016). Assim como observado por Guedes (2018) cujo estudo evidenciou que o percentual de afrodescendentes que nunca foi ao dentista chega a 24%, quase o dobro do percentual de brancos na mesma situação (14%).

Todos os problemas supracitados, aliados à questões étnicas e raciais, influenciam no perfil de oclusão de tais populações, Alhammadi et al (2018), mostraram em seu estudo que a população africana apresentou maior prevalência má oclusão de classe I e mordida aberta na dentição mista, 89% e 8% respectivamente e 93% e 10% em dentição permanente. No Brasil, Bauman et al (2018), realizaram pré-escolares brasileiros, negros da região norte e nordeste, 63,2% das crianças apresentam pelo menos um problema oclusal.

No entanto, a busca na literatura ainda demonstra uma escassez de evidência a respeito do perfil de saúde e acesso aos serviços de tal população, (BIDINOTTO et al., 2017), o que dificulta a execução de ações efetivas na busca pela saúde bucal, (FIGUEIREDO et al., 2016).

2.5 Acesso aos Serviços de Saúde

O conceito de Utilização dos Serviços de Saúde (USS) envolve todo contato dos usuários, direto e indireto, com os serviços de saúde, seja em consultas médicas ou realização de exames preventivos (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Considera-se o USS a resultante da interação entre necessidade de saúde, características dos usuários e dos profissionais de saúde, organização dos serviços e políticas de saúde (STOPA, et al., 2017).

O modelo de Andersen e Newman (1973), um dos modelos explicativos de acesso e USS, foi desenvolvido em função da predisposição do indivíduo em usar os serviços de saúde, dos recursos disponíveis ou fatores facilitadores do uso e da necessidade de cuidado apresentada pelo indivíduo. Sabe-se que esses fatores isoladamente não explicam o uso dos serviços, mas sim a interação entre eles.

O modelo comportamental foi aplicado, logo ficaram evidentes algumas limitações, que foram sendo minimizadas com a caracterização do serviço ofertado, do sistema de saúde, como o indivíduo avalia e percebe o serviço e qual a satisfação com a oferta dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal por populações vulneráveis, Silva et al.(2018) destacam três dimensões a serem analisadas: o acesso como necessidade, como dificuldade e como solução. É importante a imersão nessa abordagem na interação entre os usuários e o serviço, pois o resultado desse processo impacta a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos nesse espectro.

2.6 Qualidade de Vida

Qualidade de vida é definida como a percepção de bem-estar e manifestação pessoal e subjetiva de sentir-se bem dentro do contexto cultural e social no qual se vive, podendo ser afetada pela saúde bucal (VELANDIA et al., 2018). A qualidade de vida, ainda, é

caracterizada por um conceito multidimensional, que corresponde ao impacto da na rotina diária e bem-estar físico e psicossocial do indivíduo (SEIDL, ZANNON, 2004; MASOOD et al., 2017). No que diz respeito a avaliação da saúde do paciente, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é uma importante medida para o complemento dos indicadores clínicos (MIOTTO et al., 2017).

A avaliação da qualidade de vida vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto geral de doenças na vida dos indivíduos, e a literatura publicada têm demonstrado a forte influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade (GARBIN et al., 2018; FERREIRA et al., 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar condição de saúde bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, utilização dos serviços de saúde, e qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos cadastrados como pertencentes ao Quilombo Urbano em Santa Luzia – PB.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil demográfico e socioeconômico dos participantes;
- Verificar a condição de Saúde bucal autorreferida dos participantes;
- Investigar a relação das condições demográficas e socioeconômicas com a condição de saúde bucal dos participantes;
- Verificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos participantes;
- Analisar o impacto dos hábitos de higiene bucal e uso dos serviços de saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos participantes;
- Analisar o impacto da autopercepção da saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos participantes;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa e descritivo-analítico. Os estudos transversais com abordagem quantitativa, examinam a relação exposição- doença, fornecem um retrato de como as variáveis estão relacionadas em dado momento, propiciando boa detecção de frequências, de doenças e fatores de risco, bem como identificar os mais e menos afetados dentro dos grupos estudados (PEREIRA, 2015).

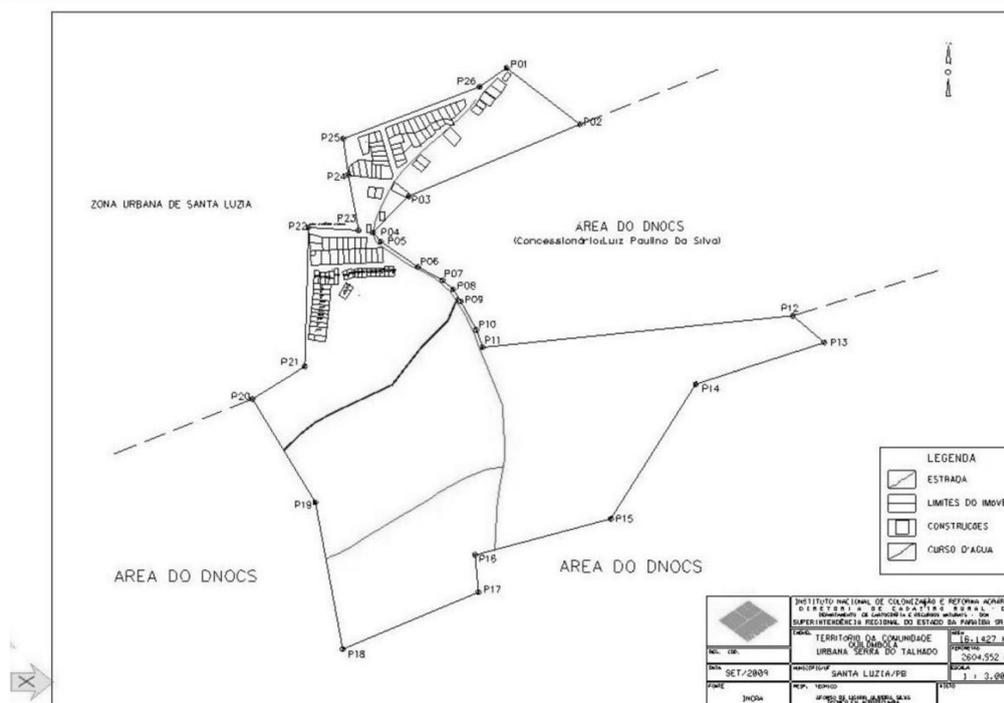
A redação desse trabalho seguiu as recomendações estabelecidas pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (MALTA et al., 2010).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Santa Luzia – PB, que possui população estimada para o ano de 2020 de 15.426 habitantes (IBGE, 2020). Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013) o município possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,682, acima do valor médio do estado da Paraíba (0,658) (IBGE, 2020; AGÊNCIA BRASIL, 2021). Ainda segundo o mesmo documento, o Índice de Gini, que trata de desigualdade social, para o município de Santa Luzia foi igual a 0,51, inferior ao da capital do estado Paraíba, João Pessoa.

O estudo foi realizado no Quilombo Urbano, que teve seu processo de regularização iniciado em 2009, quando o INCRA (Instituto Nacional de Reforma Agrária) iniciou a identificação e delimitação daquele território. No entanto, sua caracterização como comunidade remanescente e área reconhecida como Quilombo Urbano se deu apenas em 2011, por meio da Portaria nº155 de 11 de abril de 2011.-A área possui território de 16 hectares e população residente de 125 famílias (INCRA, 2011).

Figura 1 – Localização geográfica do Quilombo Urbano de Santa Luzia – PB segundo o INCRA, 2011.



Fonte: INCRA, 2011

4.3 População e amostra

De acordo com o INCRA (2011) o remanescente quilombola possui 125 famílias residentes na área. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Luzia (2022), a população do quilombo urbano compreende 524 pessoas acima de 18 anos. No momento da coleta, no entanto, deparou-se com um fenômeno de mobilidade populacional, que consiste na mudança de domicílio para assumir atividades laborais temporárias e após o encerramento de tais atividades, retornam ao domicílio da área que são cadastrados. Nesse contexto, o estudo envolveu amostra de 160 indivíduos acima de 18 anos, número de pessoas encontradas nas visitas.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos, indivíduos melanodermas, autodeclarados negros ou afrodescendentes, residentes na área geográfica correspondente ao Quilombo Urbano de Santa Luzia, com idade superior a 18 anos e cadastrados pelo E-SUS.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles indivíduos que não apresentavam capacidade cognitiva para responder o questionário.

4.6 Instrumentos de pesquisa

A pesquisa contou com dois instrumentos distintos. O primeiro deles foi um formulário dividido em três partes (A, B e C) (APÊNDICE B).

- A) Caracterização socioeconômica da população: questões retiradas do Módulo Características gerais dos moradores (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e Rendimentos Familiares (situação empregatícia, renda mensal familiar, cadastro em programa de renda mínima e domicílio) da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014).
- B) Hábitos de higiene bucal: frequência de escovação, uso de escova, pasta e fio dental, frequência de substituição da escova de dentes (IBGE, 2014).
- C) Morbidade bucal referida, utilização dos serviços de saúde bucal e necessidade de tratamento (dor e intensidade nos dentes e na face, período da última consulta e motivo, bem como local e sua avaliação, necessidade de nova consulta e eventual motivo, além de necessidade prótee total), com questões retiradas do Projeto Técnico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal- SB Brasil (2020).

O segundo instrumento do estudo foi o Oral Health Impact Profile- 14 (OHIP-14), traduzido e validado para utilização na população brasileira por Oliveira e Nadanovsky (2005). O instrumento possui um total de 14 questões, categorizadas em sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência (JOHN et al. 2014).

Havia cinco opções de respostas com um código para cada uma das 14 questões: Nunca (0), Raramente (1), Às vezes (2), Repetidamente (3) e Sempre (4). Todos os problemas foram avaliados com base nos últimos 6 meses.

Para a análise dos resultados, utilizou-se a recomendação de Slade (1997): considerar a soma total das questões, que pode variar entre 0 e 56, estabelecendo como ponte de corte o total de 28.pontos. Quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida. Com base nesse parâmetro, considerou- se baixo impacto o valor entre 0 e 28 e alto impacto o valor entre 29 e 56.

4.7 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foram realizadas reuniões com a Secretária Municipal de Saúde do Município de Santa Luzia- PB e com a liderança da comunidade Quilombola para apresentação do projeto e obtenção de autorização prévia. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes entre Maio e Junho de 2023, conduzidas por um entrevistador, utilizando formulário estruturado, com duração média de 15 minutos e com os participantes tendo assinado previamente o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O entrevistador foi acompanhado em cada residência por uma das lideranças comunitárias. No caso de não haver pessoas no domicílio, foram realizadas mais duas visitas em turnos diferentes de dias diferentes. Não houve perdas, todas os indivíduos que estavam no município no momento da pesquisa, foram entrevistados.

4.8 Variáveis da pesquisa

Quadro 1 – Descrição das variáveis incluídas na pesquisa

| Desfecho – Qualidade de vida relacionada à saúde bucal | | |
|---|--|---------------|
| Variável | Descrição da variável e suas categorias | Classificação |
| Qualidade de vida relacionada a saúde bucal | OHIP-14 0 – Baixo Impacto (0 a 28 pontos) 1 – Alto Impacto (29 a 56 pontos) | Dependente |
| Caracterização demográfica e socioeconômica | | |
| Sexo | 1- Masculino 2- Feminino | Independente |
| Idade | 0- 18 à 24 anos 1- 25 à 34 anos 2- 35 à 44 anos 3- 45 à 54 anos 4- 55 à 64 anos 5- 65 à 74 anos 6- 75 anos ou mais | Independente |
| Estado Civil | 1-Com companheiro 2-Sem companheiro | Independente |
| Situação Empregatória | 1-Desempregado 2-Empregado 3-Aposentado/ Pensionista | Independente |
| Cadastrado em algum programa de Renda mínima | 1-Sim 2-Não | Independente |
| Renda mensal familiar | 0-Menos de um salário mínimo 1-Um salário mínimo 2-Mais de um salário mínimo | Independente |

| | | |
|--|---|--------------|
| | Considerar o salário mínimo na época da coleta de dados (R\$1320,00). | |
| Domicílio | 1-Próprio 2-Não Próprio | Independente |
| Escolaridade | 0-Nunca estudou 1-Até oito anos de estudo 2-Mais de oito anos de estudo | Independente |
| Hábitos de higiene bucal | | |
| O(A) senhor(a) escova os dentes? | 1-Nunca escovou 2-Sim 3-Edêntulo | Independente |
| Com que frequência o(a) senhor(a) escova os dentes? | 1-Nunca escovei os dentes 2-Não escovo todos os dias 3-Uma vez ao dia 4-Duas vezes ou mais por dia 5-Não se aplica (edêntulo) | Independente |
| O que o(a) senhor(a) usa para fazer a limpeza da sua boca - Escova de dentes? | 1-Sim 2-Não | Independente |
| O que o(a) senhor(a) usa para fazer a limpeza da sua boca - Pasta de dente? | 1-Sim 2-Não | Independente |
| O que o(a) senhor(a) usa para fazer a limpeza da sua boca - Fio dental? | 1-Sim 2-Não | Independente |
| Com que frequência o(a) senhor(a) troca a sua escova de dente por uma nova? | 1-Menos de seis meses 2-Mais de seis meses 3-Nunca trocou | Independente |
| Morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde | | |
| Nos últimos seis meses o(a) senhor(a) sentiu dor de dente? | 1-Não 2-Sim 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Intensidade da dor de dente - Aponte abaixo o quanto foi essa dor | 0-Não se aplica 1-Dor de intensidade leve 2-Dor de média intensidade 3-Dor de intensidade severa | Independente |
| Nos últimos seis meses o(a) senhor(a) teve dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido? | 0-Não 1-Sim 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Intensidade da dor na face - Aponte abaixo o quanto foi essa dor | 0-Não se aplica 1-Dor de intensidade leve 2-Dor de média intensidade 3-Dor de intensidade severa | Independente |
| No último ano o(a) senhor(a) procurou algum consultório odontológico/serviço de saúde bucal ou dentista para ser atendido? | 1-Não procurei 2-Procurei 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Dos que procuraram consultório, qual a resolução? | 0-Não procurei 1-Fui atendido 2-Fui agendado 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |

| | | |
|---|---|--------------|
| Quando o(a) senhor(a) consultou o dentista pela última vez? | 1-Menos de um ano 2--Mais de um ano 3-Nunca fui ao dentista 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Onde foi a sua última consulta ao dentista? | 1-Serviço público 2-Serviço Particular 3-Nunca fui ao dentista 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Qual o motivo da última consulta ao dentista? | 0-Revisão/ Prevenção/ <i>Check up</i> 1-Dor ou extração 2-Outros tipos de tratamento 3-Nunca fui ao dentista 4-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| O que o(a) senhor(a) achou do tratamento na última consulta ao dentista? | 1-Muito bom/ Bom 2-Regular 3-Ruim/ Muito ruim 4-Nunca fui ao dentista 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde bucal? | 1-Muito bom/ Bom 2-Regular 3-Ruim/ Muito ruim 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| O(A) senhor(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? | 0-Não 1-Sim 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| Qual o motivo principal pelo qual o(a) senhor(a) considera que necessita de tratamento dentário atualmente? | 0-Não necessita 1-Prevenção/ Revisão/ <i>Check up</i> / Limpeza/ Sangramento gengival/Mau hálito 2-Dor de dente/ Dor na gengiva/Dor na face/ Extração 3-Colocar aparelho ortodôntico 4-Prótese 5-Canal 6-Restaurações 7-Clareamento 8-Outros 9-Não sabe/ Não respondeu | Independente |
| O(A) senhor(a) considera que necessita usar prótese total/ou trocar a que está usando atualmente? | 0-Não 1-Sim 99-Não sabe/ Não respondeu | Independente |

4.9 Análise estatística dos dados

Após a coleta de dados, estes foram tabulados e analisados através do SPSS Statistics for Windows, Versão 20.0 (IBM Corp., USA). Inicialmente foi realizado teste de Kolmogorov-Smirnov a fim de verificar a normalidade dos dados, encontrou-se distribuição não normal. A caracterização da amostra foi realizada através de frequências relativas e absolutas. Para investigar a associação entre a variável dependente impacto na qualidade de vida e as variáveis independentes foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson, considerando-se estatisticamente significativo o p-valor $<0,05$.

4.10 Aspectos Éticos

A presente pesquisa, seguiu as recomendações da Declaração de Helsinque (WMA, 2000) e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e liderança comunitária quilombola para análise e autorização e recebeu anuência institucional (ANEXO A), demonstrando a concordância com o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, solicitou-se à liderança comunitária auxílio e acompanhamento durante a realização da pesquisa.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o protocolo de número do CAAE **69747423.5.0000.5187**, e parecer **6.119.341**. Durante a coleta de dados foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sua participação voluntária (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

Periódico para submissão: International Journal of Dentistry (Qualis CAPES: A3, JCR 2022 2.1)

Qualidade de vida e saúde bucal em uma comunidade quilombola brasileira: impacto da morbidade autorreferida, higiene oral e utilização dos serviços de saúde

Danilo V. Barbosa,¹ Alessandro L. Cavalcanti,¹

¹ Programa de pós-graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande – PB, CEP 58429-500, Brazil.

Correspondências podem ser endereçadas a: Alessandro L. Cavalcanti;
alessandrouepb@gmail.com

Resumo

O objetivo da pesquisa foi analisar a morbidade bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, uso dos serviços de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma comunidade quilombola. Tratou-se de um observacional, transversal, com abordagem quantitativa e descritivo-analítico. A amostra do foi composta por 160 pessoas acima de 18 anos de idade, residentes do quilombo urbano em um município do Nordeste brasileiro. O instrumento de pesquisa abordou questões referentes à caracterização socioeconômica, morbidade bucal autorreferida, hábitos de higiene oral e uso dos serviços de saúde bucal. A Qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi medida através do OHIP -14. Obteve-se uma amostra majoritariamente do sexo feminino (n= 100, 62,5%), média de idade de 42,73 anos, variando entre 18 e 83 anos. A maior parte dos indivíduos vivia com companheiro (n=102, 63,8%), em situação de desemprego (n= 93, 58,1%), com renda familiar mensal menor que um salário-mínimo (n=100, 62,5%) e possuíam até oito anos de estudo (n= 62, 38,8%). Ter sentido dor de dente (38,8%) nos últimos 6 meses foi relatado por 38,8% dos indivíduos participantes, destes, 21,9% afirmaram intensidade severa da dor. No último ano, 51,3% dos participantes procuraram algum serviço odontológico, desse grupo, 42,5% foram atendidos. Foi detectado um baixo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (91,3%). Evidenciou-se associação estatisticamente significativa do baixo impacto na qualidade de vida com as variáveis: frequência de troca da escova de dente (p=0,011); presença de dor de dente nos últimos seis meses (p=0,017); frequência de dor na cabeça/face nos últimos seis meses (p=0,007); quando foi última consulta com o dentista (p=0,004). Estes resultados destacam a importância da efetiva utilização dos serviços de saúde bucal para melhorar a qualidade de vida dessa população específica.

Introdução

Os quilombos constituem comunidades compostas por grupos étnico-raciais que se identificam mutuamente com base em critérios de autodefinição, com um forte vínculo com a terra, a ancestralidade e a história da escravidão (1).

Os indivíduos que fazem parte de comunidades quilombolas apresentam particularidades na forma como eles cuidam da sua saúde, intrinsecamente ligadas à estruturação e organização de suas esferas políticas, sociais, culturais, religiosas e identitárias(2). No que diz respeito à saúde bucal, há evidências na literatura que agravos bucais como a cárie dentária, o edentulismo e a doença periodontal são frequentes nesta população, deixando clara a necessidade de se buscar o efetivo acesso à assistência odontológica para este grupo populacional (3).

O Brasil dispõe de uma grande quantidade de comunidades autodeclaradas como remanescentes de quilombos, no entanto, a titulação e certificação oficiais através de estudos antropológicos e laudos técnicos é primordial para a garantia de seus direitos de ancestralidade (4). Atualmente o país conta com 3212 comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas oficialmente (5).

Estudos que se dedicam a analisar as condições de saúde oral em contextos específicos, populações minoritárias e socialmente excluídas, como as comunidades Quilombolas, são essenciais. Os indivíduos pertencentes a essas comunidades enfrentam situações de vulnerabilidade social, decorrentes de um histórico brasileiro de escravidão que resultou em desigualdades socioeconômicas, baixa renda e acesso limitado aos serviços de saúde (7).

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo foi analisar a morbidade bucal autorreferida, hábitos de higiene bucal, uso dos serviços de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma comunidade quilombola Brasileira.

Material e Métodos

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa e descritivo-analítico. O estudo foi realizado na comunidade quilombola urbana do município de Santa Luzia, localizado no Nordeste brasileiro.

A amostra compreendeu 160 pessoas selecionadas com idade superior a 18 anos cadastrados como pertencentes à comunidade quilombola, amostra obtida por conveniência. Foram excluídos aqueles indivíduos que não apresentavam capacidade cognitiva para responder o formulário. Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. O primeiro foi um formulário dividido em três partes: (i) caracterização socioeconômica, com questões retiradas da Pesquisa Nacional de Saúde (8); (ii) questões referentes aos hábitos de higiene bucal, também baseadas na Pesquisa Nacional de Saúde (8); (iii) questões referentes à

morbidade bucal autorreferida retiradas do Projeto Técnico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal -SB Brasil 2020 (9). O segundo instrumento foi o Oral Health Impact Profile (OHIP-14), para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (10). O OHIP-14 possui 14 questões, divididas em sete dimensões e sua soma pode ir de zero à cinquenta e seis pontos(11).Para categorização em alto e baixo impacto considera-se o ponto de corte de 28 pontos (12). A coleta de dados foi realizada entre Maio/Junho de 2023, em domicílio, por um pesquisador acompanhado pela liderança comunitária.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foram seguidas todas as diretrizes da Declaração de Helsinque. O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, nº de parecer: **6.119.341**.

Após a coleta os dados foram tabulados e analisados através do IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. Inicialmente foi realizado teste de Kolmogorov-Smirnov a fim de verificar a normalidade dos dados. Em seguida, todas as variáveis quantitativas foram categorizadas. A caracterização da amostra foi realizada através de frequências relativas e absolutas. Para investigar a associação entre a variável dependente impacto na qualidade de vida e as variáveis independentes foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson, considerando-se estatisticamente significativo o $p < 0,05$.

Resultados

Os participantes foram majoritariamente do sexo feminino (62,5%), com média de idade de 42,73 anos, tendo essa variado de 18 a 83 anos. A maioria afirmou residir com companheiro (63,8%), estar em situação de desemprego (58,1%), possuir cadastro em programa de renda mínima (54,4%), renda mensal familiar menor que um salário (62,5%), domicílio de moradia próprio (83,1%) e até oito anos de estudo (38,8%) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização socioeconômica dos participantes do estudo.

| Variável | N | % |
|---------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 60 | 37,5 |
| Feminino | 100 | 62,5 |
| Faixa etária | | |
| 18 a 24 | 24 | 15,0 |
| 25 a 34 | 41 | 25,6 |
| 35 a 44 | 23 | 14,4 |
| 45 a 54 | 36 | 22,5 |
| 55 a 64 | 15 | 9,4 |
| 65 a 74 | 16 | 10,0 |
| 75 anos ou mais | 5 | 3,1 |

| | | |
|---|------------|------------|
| Estado civil | | |
| Com companheiro | 102 | 63,8 |
| Sem companheiro | 58 | 36,3 |
| Situação empregatícia | | |
| Desempregado | 93 | 58,1 |
| Empregado | 37 | 23,1 |
| Aposentado ou pensionista | 30 | 18,8 |
| Cadastro em programa de renda mínima | | |
| Sim | 87 | 54,4 |
| Não | 73 | 45,6 |
| Renda mensal familiar | | |
| Menos de 1 salário mínimo | 100 | 62,5 |
| 1 salário mínimo | 53 | 33,1 |
| Mais de 1 salário mínimo | 7 | 4,4 |
| Domicílio de moradia | | |
| Próprio | 133 | 83,1 |
| Não Próprio | 27 | 16,9 |
| Escolaridade | | |
| Nunca estudou | 41 | 25,6 |
| Até 8 anos de estudo | 62 | 38,8 |
| Mais de 8 anos de estudo | 57 | 35,6 |
| Total | 160 | 100 |

No que diz respeito aos hábitos de higiene bucal, a maioria afirmou escovar os dentes (93,1%), na frequência de duas vezes ou mais ao dia (83,3%), utilizar escova (93,1%) e pasta de dentes (97,5%) para realizar a limpeza, porém, não utilizar fio dental (90%). A maior parte dos indivíduos afirmou trocar a escova de dente em menos de seis meses (73,1%) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo quanto aos hábitos de higiene bucal.

| Variável | N | % |
|---|------------|------------|
| O senhor(a) escova os dentes? | | |
| Nunca escovou | 1 | 0,6 |
| Sim | 149 | 93,1 |
| Edêntulo | 10 | 6,3 |
| Com que frequência o senhor(a) escova os dentes? | | |
| Nunca escovei os dentes | 1 | 0,7 |
| Não escovo todos os dias | 5 | 3,3 |
| Uma vez ao dia | 19 | 12,7 |
| Dois vezes ou mais ao dia | 125 | 83,3 |
| O senhor(a) usa escova de dentes para a limpeza da boca? | | |
| Sim | 149 | 93,1 |
| Não | 11 | 6,9 |
| O senhor(a) usa pasta de dente para a limpeza da boca? | | |
| Sim | 156 | 97,5 |
| Não | 4 | 2,5 |
| O senhor(a) usa fio dental para a limpeza da boca? | | |
| Sim | 16 | 10,0 |
| Não | 144 | 90,0 |
| Com que frequência o senhor(a) troca a sua escova de dentes? | | |
| Menos de 6 meses | 117 | 73,1 |
| Mais de 6 meses | 32 | 20,0 |
| Nunca trocou | 11 | 6,9 |
| Total | 160 | 100 |

A Tabela 3 traz os dados referentes à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal. A maioria dos indivíduos afirmou não ter apresentado dor de dente nos últimos seis meses (61,3%). No entanto, quando na presença de dor, esta foi majoritariamente de intensidade severa (56,5%). O mesmo se deu para a dor na lateral da cabeça/face (73,3%).

Ao serem questionados sobre a última consulta odontológica, a maioria respondeu ter procurado o dentista no último ano (51,3%), ter sido atendido (68,7%), no serviço público (77,6%), com motivo de dor ou necessidade de extração dentária (59,0%) e acreditam que o tratamento recebido foi bom ou muito bom (75,0%). Quanto à atual necessidade de tratamento, a maioria acredita que necessita (92,5%), essencialmente para instalação de prótese (30,6%). (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização dos participantes do estudo quanto à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal.

| Variável | N | % |
|---|----------|----------|
| Dor de dente nos últimos seis meses | | |
| Não | 98 | 61,3 |
| Sim | 62 | 38,8 |
| Intensidade da dor de dente nos últimos seis meses | | |
| Dor de intensidade leve | 12 | 19,4 |
| Dor de média intensidade | 15 | 24,2 |
| Dor de intensidade severa | 35 | 56,5 |
| Dor na face, laterais da cabeça, região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses | | |
| Não | 125 | 78,1 |
| Sim | 30 | 18,8 |
| Não sabe ou não respondeu | 5 | 3,1 |
| Intensidade da dor na face, laterais da cabeça, região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses | | |
| Dor de intensidade leve | 2 | 6,7 |
| Dor de média intensidade | 6 | 20,0 |
| Dor de intensidade severa | 22 | 73,3 |
| Procura por atendimento odontológico no último ano | | |
| Não Procurei | 61 | 38,1 |
| Procurei | 82 | 51,3 |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 10,6 |
| Caso procurou o atendimento no último ano, qual a resolução? | | |
| Fui atendido | 68 | 68,7 |
| Fui agendado | 14 | 14,1 |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 17,2 |
| Quando foi a última consulta odontológica? | | |
| Menos de um ano | 82 | 51,3 |
| Mais de um ano | 57 | 35,6 |
| Nunca fui ao dentista | 4 | 2,5 |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 10,6 |
| Local onde ocorreu a última consulta ao dentista | | |
| Serviço público | 121 | 77,6 |
| Serviço particular | 18 | 11,5 |
| Não sabe/Não respondeu | 17 | 10,9 |

| | | |
|---|-----|------|
| Motivo da última consulta ao dentista | | |
| Revisão/prevenção/check up | 18 | 11,5 |
| Dor ou extração | 92 | 59,0 |
| Outros tipos de tratamento | 29 | 18,6 |
| Não sabe/não respondeu | 17 | 10,9 |
| Opinião sobre o tratamento ofertado durante a última consulta com o dentista | | |
| Muito Bom/ Bom | 117 | 75,0 |
| Regular | 17 | 10,9 |
| Ruim/ Muito Ruim | 5 | 3,2 |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 10,9 |
| Autoavaliação da saúde bucal atualmente | | |
| Muito Bom/ Bom | 98 | 61,3 |
| Regular | 36 | 22,5 |
| Ruim/ Muito Ruim | 9 | 5,6 |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 10,6 |
| Autoavaliação da necessidade atual de tratamento odontológico | | |
| Não necessita | 10 | 6,3 |
| Sim, necessita | 148 | 92,5 |
| Não sabe/não respondeu | 2 | 1,3 |
| Motivo pelo qual acredita de tratamento odontológico atualmente | | |
| Não necessita | 10 | 6,3 |
| Prevenção/revisão/check up/limpeza/sangramento gengival/mal hálito | 24 | 15,0 |
| Dor de dente, nas gengivas, na face ou extração | 38 | 23,8 |
| Colocar aparelho | 2 | 1,3 |
| Prótese | 49 | 30,6 |
| Canal | 10 | 6,3 |
| Restaurações | 23 | 14,4 |
| Clareamento | 1 | 0,6 |
| Outros | 1 | 0,6 |
| Não sabe/não respondeu | 2 | 1,3 |
| Necessidade de instalar prótese total ou substituir a que utiliza atualmente | | |
| Não | 121 | 75,6 |
| Sim | 37 | 23,1 |
| Não sabe/ não respondeu | 2 | 1,3 |

Foi analisada a soma total das respostas do OHIP-14. A maior parte dos indivíduos apresentou baixo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (91,3%). A dimensão do OHIP -14 que se demonstrou mais afetada nos participantes foi a segunda dimensão: dor física (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização das dimensões do OHIP-14 quanto à média, desvio padrão, valor mínimo e máximo.

| Dimensão do OHIP – 14 | Média(DP) | Mínimo | Máximo |
|------------------------------|------------------|---------------|---------------|
| Limitação funcional | 0,51 (1,34) | 0 | 8 |
| Dor física | 1,46 (2,15) | 0 | 8 |
| Desconforto psicológico | 1,11 (2,17) | 0 | 8 |
| Incapacidade física | 1,44 (2,22) | 0 | 8 |
| Incapacidade psicológica | 1,16 (1,98) | 0 | 8 |
| Incapacidade social | 0,79 (1,72) | 0 | 8 |
| Deficiência | 0,96 (1,80) | 0 | 8 |

As variáveis socioeconômicas não demonstraram associação estatisticamente significativa em relação ao impacto na qualidade de vida. Já no que tange às variáveis relacionadas aos hábitos de higiene oral, a frequência de troca da escova de dentes apresentou significância estatística ($p= 0,011$) (Tabela 5).

Tabela 5: Análise bivariada entre as variáveis independentes relacionadas à higiene bucal e o impacto na qualidade de vida.

| Variável | Baixo impacto | Alto impacto | p |
|---|---------------|--------------|---------------|
| O senhor(a) escova os dentes? | | | |
| Nunca escovou | 1 | 0 | 0,890 |
| Sim | 139 | 10 | |
| Edêntulo | 9 | 1 | |
| Com que frequência o senhor(a) escova os dentes? | | | |
| Nunca escovei os dentes | 1 | 0 | 0,405 |
| Não escovo todos os dias | 4 | 1 | |
| Uma vez ao dia | 19 | 0 | |
| Duas vezes ou mais ao dia | 116 | 9 | |
| O senhor(a) usa escova de dentes para a limpeza da boca? | | | |
| Sim | 138 | 11 | 0,350 |
| Não | 11 | 0 | |
| O senhor(a) usa pasta de dente para a limpeza da boca? | | | |
| Sim | 145 | 11 | 0,582 |
| Não | 4 | 0 | |
| O senhor(a) usa fio dental para a limpeza da boca? | | | |
| Sim | 16 | 0 | 0,252 |
| Não | 133 | 11 | |
| Com que frequência o senhor(a) troca a sua escova de dentes? | | | |
| Menos de 6 meses | 112 | 5 | 0,011* |
| Mais de 6 meses | 26 | 6 | |
| Nunca trocou | 11 | 0 | |

*Qui- quadrado $p<0,05$

Ao analisar as variáveis relativas à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal, evidencia-se a associação estatisticamente significativa entre o impacto da qualidade e: presença de dor de dente nos últimos seis meses ($p= 0,017$) e presença de dor na cabeça/face nos últimos seis meses ($p= 0,007$) (Tabela 6).

Tabela 6: Análise bivariada entre as variáveis independentes relacionadas à morbidade bucal autorreferida e uso dos serviços de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida.

| Variável | Baixo Impacto | Alto impacto | p |
|---|---------------|--------------|---------------|
| Dor de dente nos últimos seis meses | | | |
| Não | 95 | 3 | 0,017* |
| Sim | 54 | 8 | |
| Intensidade da dor de dente nos últimos seis meses | | | |
| Dor de intensidade leve | 12 | 0 | 0,310 |
| Dor de média intensidade | 13 | 2 | |

| | | | | |
|---|-----|----|---------------|-------|
| Dor de intensidade severa | 29 | 6 | | |
| Dor na face, laterais da cabeça, região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses | | | | |
| Não | 120 | 5 | 0,007* | |
| Sim | 24 | 6 | | |
| Intensidade da dor na face, laterais da cabeça, região das bochechas ou na frente do ouvido nos últimos seis meses | | | | |
| Dor de intensidade leve | 2 | 0 | | |
| Dor de média intensidade | 6 | 0 | 0,256 | |
| Dor de intensidade severa | 16 | 6 | | |
| Procura por atendimento odontológico no último ano | | | | |
| Não Procurei | 57 | 4 | 0,902 | |
| Procurei | 75 | 7 | | |
| Caso procurou o atendimento no último ano, qual a resolução? | | | | |
| Fui atendido | 62 | 6 | 0,748 | |
| Fui agendado | 13 | 1 | | |
| Quando foi a última consulta odontológica? | | | | |
| Menos de um ano | 76 | 6 | 0,893 | |
| Mais de um ano | 54 | 3 | | |
| Local onde ocorreu a última consulta ao dentista | | | | |
| Serviço público | 112 | 9 | 0,494 | |
| Serviço particular | 18 | 0 | | |
| Motivo da última consulta ao dentista | | | | |
| Revisão/prevenção/check up | 18 | 0 | 0,339 | |
| Dor ou extração | 85 | 7 | | |
| Outros tipos de tratamento | 26 | 3 | | |
| Não sabe/não respondeu | 17 | 0 | | |
| Opinião sobre o tratamento ofertado durante a última consulta com o dentista | | | | |
| Muito Bom/ Bom | 109 | 8 | 0,432 | |
| Regular | 16 | 1 | | |
| Ruim/ Muito Ruim | 4 | 1 | | |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 0 | | |
| Autoavaliação da saúde bucal atualmente | | | | |
| Muito Bom/ Bom | 91 | 7 | 0,651 | |
| Regular | 33 | 3 | | |
| Ruim/ Muito Ruim | 8 | 1 | | |
| Não sabe/ Não respondeu | 17 | 0 | | |
| Autoavaliação da necessidade atual de tratamento odontológico | | | | |
| Não necessita | 10 | 0 | 0,801 | |
| Sim, necessita | 137 | 11 | | |
| Motivo pelo qual acredita de tratamento odontológico atualmente | | | | |
| Não necessita | 10 | 0 | 0,554 | |
| Prevenção/revisão/check up/limpeza/sangramento gengival/mal hálito | 24 | 0 | | |
| Dor de dente, nas gengivas, na face ou extração | 34 | 4 | | |
| Colocar aparelho | 2 | 0 | | |
| Prótese | 43 | 6 | | |
| Canal | 9 | 1 | | |
| Restaurações | 23 | 0 | | |
| Clareamento | 1 | 0 | | |
| Outros | 1 | 0 | | |
| Não sabe/não respondeu | 2 | 0 | | |
| Necessidade de instalar prótese total ou substituir a que utiliza atualmente | | | | |
| Não | 115 | 6 | | 0,155 |

| | | |
|-----|----|---|
| Sim | 32 | 5 |
|-----|----|---|

*Qui- quadrado $p < 0,05$

Discussão

Considerando-se a determinação social da saúde bucal e a severidade de seus agravos, é necessário o desenvolvimento de levantamentos epidemiológicos que tenham como objetivo realizar um diagnóstico das populações mais vulneráveis. Dentre estas, estão os remanescentes quilombolas, povos que por serem descendentes de escravos negros africanos carregam consigo condições sociais e econômicas específicas, caracterizadas por injustiças sociais e iniquidades em saúde (3).

Este estudo encontrou, no que diz respeito às características socioeconômicas, um grupo social formado majoritariamente por pessoas em condição de desemprego, dependente de programas sociais e com poucos anos de estudo, corroborando o estudo de Dourado (7) que encontrou resultados semelhantes ao estudar uma outra comunidade quilombola brasileira. Acredita-se que as variáveis socioeconômicas não apresentaram associação estatisticamente significativa em relação à qualidade de vida devido a alta homogeneidade da amostra (13).

Os indivíduos estudados apresentaram em sua maioria um baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Não foi encontrado na literatura buscada, estudo anterior cujo objetivo envolvesse o estudo da qualidade de vida associada à saúde bucal em comunidades quilombolas com características semelhantes.

O estudo de Silva e Medeiros (13) evidenciou 45,6% de alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida, no entanto, este estudo envolveu apenas adolescentes quilombolas, que historicamente apresentam maior autocrítica em relação à aparência dentária intrinsecamente ligada à autoestima.

No entanto, achados consistentes com a literatura estão na observação do alto impacto na qualidade de vida estar intimamente relacionado ao acesso limitado a itens básicos de higiene, como a escova de dentes e a episódios de dor em pessoas em situação de vulnerabilidade social (14).

Embora não tenha apresentado significância estatística, há de se considerar a importância clínica da variável motivo da última consulta ao dentista majoritariamente respondida como sendo por dor/extração, corroborando a ideia de que as extrações dentárias estão intimamente ligadas à vulnerabilidade social (15). Além disso, acredita-se que a cor da pele seja um fator limitante à utilização dos serviços de saúde, sendo maior a chance de uma

pessoa negra nunca ter ido ao dentista, quando comparado a uma pessoa branca. Tal fato pode influenciar à busca pelo serviço apenas em casos de urgência/dor, tornando-se necessária a superação de tal iniquidade em saúde (16).

O estudo apresenta limitações inerentes a um delineamento transversal, por não ter acompanhado a amostra por um longo período de tempo, inviabilizou-se a possibilidade de estabelecimento relação causa e efeito entre uma condição e seus fatores de risco, além de não apresentar dados clínicos e limitar suas análises à autopercepção em saúde. No entanto, os dados apresentados fornecem um panorama geral da saúde bucal e utilização dos serviços de saúde pela comunidade estudada, servindo como subsídio para o planejamento de uma política de saúde bucal efetiva para esses indivíduos.

Conclusão

O estudo trouxe à luz alguns aspectos que geram preocupação, expondo situação de vulnerabilidade socioeconômica em boa parte da amostra participante.

Embora a análise dos dados tenha revelado baixo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, notavelmente, a frequência de troca da escova de dente, a presença de dor de dente e dor na cabeça/face nos últimos seis meses, demonstraram associação significativa com o impacto na qualidade de vida.

Sugere-se a necessidade de ações preventivas e educacionais direcionadas à promoção da saúde bucal nessa comunidade, com ênfase nos cuidados preventivos e no incentivo ao acesso e utilização regulares aos serviços odontológicos. Além disso, as autoridades de saúde pública devem considerar políticas específicas para melhorar as condições socioeconômicas e educacionais desses indivíduos, a fim de promover um impacto positivo na saúde bucal e, conseqüentemente, na qualidade de vida geral.

Disponibilidade dos Dados

Uma declaração de disponibilidade dos dados é obrigatória para artigos de pesquisa e ensaios clínicos. Nela, os autores devem descrever como os leitores podem acessar os dados que fundamentam os resultados do estudo, fornecendo links para repositórios online e códigos de depósito, quando aplicável. Para obter mais informações sobre como elaborar uma declaração de disponibilidade dos dados, incluindo exemplos de modelo, visite: <https://www.hindawi.com/research.data/#statement>.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse em relação à publicação deste artigo.

Declaração de Financiamento

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos líderes da comunidade quilombola por sua contribuição para a viabilidade desta pesquisa.

Referencias

1. Santos ENA, Magalhães PKA, Santos AM, Correia MS, Santos JCS, Carvalho Neto APM, et al. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. *Braz J Biol.* 2021;84:e246463.
2. Silva IFS da, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Ferreira M de A. Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 4):e20190427.
3. Sobrinho AR da S, Araújo FA da C, de Lima NLB, Ferreira SJ, Sette-de-Souza PH. Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para la profilaxis y el manejo de pacientes con COVID-19 leve y moderada en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 20 de dezembro de 2022;46:1.
4. Beltrão ICSL de, Carneiro YVA, Delmondes G de A, Lima Junior L de B, Kerntopf MR. Concepts, Beliefs, and Traditional Treatment for Childhood Seizures in a Quilombola Community in Northeastern Brazil: Analysis by the Discourse of the Collective Speech. *IJERPH.* 15 de fevereiro de 2021;18(4):1875.
5. BRASIL. Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). [Internet]. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares.; 2018 [citado 6 de agosto de 2023]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf>
6. INCRA IN de RA. Portaria nº 155, de 11 de abril de 2011: Reconhecer e declarar como terras da Comunidade Remanescente de Quilombo Urbana de Serra do Talhado. [Internet]. Diário Oficial da União; 2011 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponível em: https://cpisp.org.br/wpcontent/uploads/2017/03/P_SerraTalhadoUrbanoPB2011.pdf
7. Dourado DG, Lima CCB, Silva RNC, Tajra FS, Moura MS, Lopes TSP, et al. Molar-incisor hypomineralization in quilombola children and adolescents: A study of prevalence and associated factors. *J Public Health Dent.* setembro de 2021;81(3):178–87.
8. IBGE IB de G e E. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
9. Brasil. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : projeto técnico [Internet]. Ministério da Saúde; 2022 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>

10. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Commun Dent Oral Epidemiol.* agosto de 2005;33(4):307–14.
11. SLADE, GD. Derivação e validação de um perfil de impacto de saúde bucal de forma curta. *Comunidade Dent. Epidemiologia Oral.* , 25 (4) (1997) , pp . 284 - 290 ,10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x
12. Omara M, Salzberger T, Boecker M, Bekes K, Steiner G, Nell-Duxneuner V, et al. Improving the measurement of oral health-related quality of life: Rasch model of the oral health impact profile-14. *Journal of Dentistry.* novembro de 2021;114:103819.
13. da Silva EKP, de Medeiros DS. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* dezembro de 2020;18(1):318.
14. Silva FF da, Cardoso FÉA, Lima TM de, Meira G de F, Barbosa KAG. Condições de saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: revisão de literatura. *RSD [Internet].* 27 de novembro de 2021 [citado 6 de agosto de 2023];10(15). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23217>
15. Miranda L de P, Oliveira TL, Fagundes LS, Queiroz P de SF, Oliveira FP de, Rodrigues Neto JF. Autopercepção da saúde bucal e fatores associados em pessoas idosas quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev bras geriatr gerontol.* 2023;26:e220191.
16. Miranda L de P, Oliveira TL, Queiroz P de SF, Oliveira PSD, Fagundes LS, Rodrigues Neto JF. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev bras geriatr gerontol.* 2020;23(2):e200146.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou importantes informações sobre as condições de saúde bucal autorreferidas, acesso aos serviços de saúde bucal, hábitos de higiene bucal e como eles afetam na qualidade de vida da população do Quilombo urbano de Santa Luzia- Pb. Também trouxe à luz alguns aspectos que geram preocupação, expondo situação de vulnerabilidade socioeconômica em boa parte da amostra participante.

Apesar de revelar que houve baixo impacto na qualidade de vida dessa população, alguns pontos chamaram a atenção, como a necessidade de melhorar as medidas educacionais e preventivas, bem como acesso aos serviços de saúde bucal, para aumentar a frequência de número de visitas ao dentista. O aumento da frequência de visitas, possivelmente dará oportunidade de tratar os agravos em saúde bucal em estágios iniciais, diminuindo a necessidade de realizar exodontias e posteriores tratamentos reabilitadores, como próteses dentárias.

Além disso, as autoridades de saúde pública devem considerar políticas específicas para mudar as condições socioeconômicas e educacionais desses indivíduos, a fim de promover um impacto positivo na saúde bucal e, conseqüentemente, na qualidade de vida geral.

O presente estudo apresentou um notável grau de ineditismo ao abordar uma comunidade quilombola específica, visto que até o momento não foram realizados estudos que avaliassem o impacto da qualidade de vida na saúde bucal nesta. Essa abordagem abrangente e pioneira pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nessa comunidade e, potencialmente, em outras com contextos similares.

Para além disso, a escassez de publicações na literatura pesquisada sobre esse tema ressalta ainda a relevância desta pesquisa, que preenche uma lacuna importante na área. No entanto, destaca-se a necessidade de mais publicações que incorporem não apenas a autopercepção dos indivíduos, mas também dados clínicos, que permitam uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por esta comunidade.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Brasil fica em 84º lugar em ranking mundial do IDH.** 2020. Acesso em: 09 de Julho de 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-12/brasifca-em-84o-lugar-em-ranking-mundial-do-idh>.
- ALBUQUERQUE, M.S.V. LYRA, T.M. FARIAS, S.F. MENDER, M.F.M. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v.38 (especial), p.182-194, 2014
- ALHAMMADI, M. S. et al. C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. **Dental Press Journal of Orthodontics.**, Maringá, v. 23, n. 6, p. 41-50, Dec. 2018
- ALMEIDA, A. W. B de. **Quilombos: sematologia face a novas identidades.** In SMDDH; CCN. (Org.) Frechal. Terra de Preto: Quilombo reconhecido como Reserva Extrativista. São Luís: 1996, p. 11-19.
- ANDERSEN, R.M. NEWMAN, J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly.** v.51, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, Flávia Reis de; NARVAI, Paulo Capel. Encuestas poblacionales como instrumentos de gestión y los modelos de atención a la salud. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 154-160, 2013.
- ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.** 2013. Acesso em: 09 de Julho de 2021. Disponível em: http://ideme.pb.gov.br/servicos/perfis-doidhm/atlasidhm2013_perfil_santaluzia_pb.pdf
- BARROS, R.P. FOGUEL, M.N. ULYSSEA, G. **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente.** Brasília: Ipea, 2007, 552 p.
- BASTOS, J. L., CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. **Journal of Dental Research**, [S.l.], v. 97, n. 8, p. 878–886, Jul. 2018.
- BAUMAN, J. M. et al. Epidemiological pattern of malocclusion in Brazilian preschoolers. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3861-3868, Nov.2018.
- BELTRÃO, I. C. S. L. DE et al. Concepts, Beliefs, and Traditional Treatment for Childhood Seizures in a Quilombola Community in Northeastern Brazil: Analysis by the Discourse of the Collective Speech. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1875, 15 fev. 2021.

BERTI, M. et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 403- 406, jan. 2013.

BEZERRA, V. M. et al. **Health survey in Quilombola communities** (descendants of AfroBrazilian slaves who escaped from slave plantations that existed in Brazil until abolition in 1888) in Vitória da Conquista in the state of Bahia (CONQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 06, p. 1835-1847, Jun. 2014.

BIDINOTTO, A.B. et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.20, n.1, p. 91-101, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf> Acesso em: 05 jul 2023.» <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: . Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, p.16, 2004. Disponível em: Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília – DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1ª etapa – cárie dental – projeto**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: . Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010: Resultados principais**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: . Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2003**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União, Seção 1. v. 28, p. 316, fev. 2007. Disponível em: < 66 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares., 2018. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2023

BRASIL. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : projeto técnico**. Ministério da Saúde, , 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2023

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Rio de Janeiro, v. 2, p. 19-38, 2013

CALHEIROS, F.P.; STADTLER, H. H. C. Ethnic identity and power: quilombos in Brazilian public policy. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Revista Katálysis**, [S.l.], v.13, n.1, p.133-139, Jan. 2010. Disponível em: . Acesso em: 12 out. 2018.

CARDOSO, L. F. C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Revista de Estudo e Pesquisa sobre Educação**, Juiz de Fora, v.12, n.1, p.11-20, jan. 2010.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015.

CONS, N. C. et al. Utility of the dental aesthetic index in industrialized developing countries. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 49, n. 3, p. 163-169, Summer, 1989.

CORASSA, Rafael Bello et al. Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

DA SILVA, E. K. P.; DE MEDEIROS, D. S. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 318, dez. 2020.

DOURADO, D. G. et al. Molar-incisor hypomineralization in quilombola children and adolescents: A study of prevalence and associated factors. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 81, n. 3, p. 178–187, set. 2021.

DYE, B. A.; HSU, K. L.; AFFUL, J. Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 37, n. 3, p. 200–216, Jun. 2015.

FERREIRA, H.S. TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. v.15, n.2, p. 219-229, 2015.

FERREIRA, W.B. ASSIS, W.C. TEIXEIRA, W.D. OLIVEIRA, M.F.N. NUNES, L.A. CASOTTI, C.A. Salud bucal de usuarios de drogas institucionalizados. **Revista Enfermería Actual**, n. 35, 2018.

FIGUEIREDO, M.C. et a. Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins (FOL) – UNIMEP**. v.26, n.2, p. 61-73, 2016.

FREIRE, M. C. M.; CORREA-FARIA, P.; COSTA, L. R. Effect of dental pain and caries on the quality of life of Brazilian preschool children. **Revista de Saúde Pública**, SãoPaulo, v. 52, n. 30, p.1-10, Jun. 2018.

GARBIN, C.A.S. WAKAYAMA, B. SALIBA, T.A. GARBIN, A.J.I. Oral Health Condition and its Impact on the Quality of Life of Dependents. **Journal of Health Sciences**, v.20, n.3,p. 173-178, 2018.

SLADE, GD. Derivação e validação de um perfil de impacto de saúde bucal de forma curta. **Community Dental Oral Epidemiology**, 25 (4) (1997) , pp . 284 - 290 ,10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do

Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1829-1842, set. 2013.

GUEDES, S.A.G. **Doenças crônicas não transmissíveis, cárie dentária e impacto da saúde bucal na qualidade de vida de comunidades quilombolas**. [Tese]. Doutorado em Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes, Aracaju – SE, 2018.

IBGE. IBGE Cidades: **Santa Luzia, Paraíba: panorama geral**. 2021. Acesso em: 09 de Julho de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/santa-luzia/panorama>.

IBGE. **Paraíba: panorama geral**. 2021. Acesso em: 09 de Julho de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>.

Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil>>. Acesso em: 06 mar. 2023.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2023

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5442. Acesso em: 06 mar. 2023.

INCRA, I. N. DE R. A. **Portaria nº 155, de 11 de abril de 2011: Reconhecer e declarar como terras da Comunidade Remanescente de Quilombo Urbana de Serra do Talhado**. Diário Oficial da União, , 2011. Disponível em: https://cpisp.org.br/wpcontent/uploads/2017/03/P_SerraTalhadoUrbanoPB2011.pdf. Acesso em: 4 ago. 2023

MT John , L. Feuerstahler , N. Waller , K. Baba , P. Larsson , A. Čelebić , D. Kende , K. Renner-Sitar , DR Reißmann. Análise fatorial confirmatória do perfil de impacto na saúde bucal. **Journal of Oral Rehabilitation**, 41 (9) (2014) , pp. 644 - 652 ,10.1111/joor.12191

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, jun. 2012.

PRADHAN, A.; KEUSKAMP, D.; BRENNAN, D. Oral health-related quality of life improves in employees with disabilities following a workplace dental intervention. **Evaluation and Program Planning**, v. 59, p. 1-6, 2016.

PEREIRA, A.C. VIEIRA, V. FRIAS, A.C. **Pesquisa estadual de Saúde Bucal: Relatório Final**. Aguas de São Pedro – SP: LIVRONOVO, 2016.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PERES, M. A. et al. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. **Journal of Clinical Periodontology**, Florianopolis, SC, n. 34, v. 3, p. 196–201, Jan. 2007.

PERES, K. G.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Epidemiological pattern of severe malocclusions in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, n. 47, v. 3, p. 109-117, Dec. 2013.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-1382, ago. 2010

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Cidadania e saúde: etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios**. ed. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 473-485.

MALTA, M. et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

MARCENES, W.; BONECKER, M. J. S. **Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais**. In: BUISCHI, Y. P. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica. 1. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. v. 1, p. 75-98.

MASOOD, M.; NEWTON, T.; BAKRI, N.N.; KHALID, T. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. **Journal of Dentistry**, v. 56, p. 78-83, 2017.

MESQUITA, F; VIEIRA, S. Impacto da condição de autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **Revista Gaucha de Odontologia**, v. 57, n. 4, p. 401-406, dez. 2009.

MIALHE, F. L. et al. Contribuição das ações de educação em saúde da disciplina de odontologia em saúde coletiva na consolidação das DCN e do SUS: relato de uma experiência. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 193-197, dez. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília; 1986.

MIOTTO, M.H.M.B. ALVES, N.S. CALMON, M.V. BARCELLOS, L.A. Impacto dos Problemas Oraís na Qualidade de Vida de Dependentes Químicos em Recuperação num Centro de Tratamento. **Portuguese Journal of Public Health**. V.35, p. 30–36, 2017.

MIRANDA, L. DE P. et al. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. e200146, 2020.

MIRANDA, L. DE P. et al. Autopercepção da saúde bucal e fatores associados em pessoas idosas quilombolas: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e220191, 2023.

MOURA, Cristiano et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 611-622, 2014.

NARVAI, P. C. et al. Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 647- 670, abr. 2010.

NARVAI, P. C. et al. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-21, mar. 2006.

NICO, Lucélia Silva et al. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 389-398, 2016.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile- short form. **Community Dental Oral Epidemiology**. v.33, n.4, p. 307-14, 2005.

OLIVEIRA, S.K.M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.9, p.2879-2890, 2015.

OMARA, M. et al. Improving the measurement of oral health-related quality of life: Rasch model of the oral health impact profile-14. **Journal of Dentistry**, v. 114, p. 103819, nov. 2021.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 105-114, 2006.

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, [S.l.] n.1, v. 2, p. 09-25, 2000.

SANTOS, E. N. A. et al. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Biology**, v. 84, p. e246463, 2021.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILMAN, A. J.; MACFARLANE, G. J.; MACFARLANE, T. **Epidemiological studies: a practical guide**. 3. ed. Oxford, UK, Oxford University Press, 2018 p. 304.

SILVA, D. O. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 21, supl. p. 83s-87s, ago. 2008.

SILVA, F. F. DA et al. Condições de saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, 27 nov. 2021.

SILVA, I. F. S. da et al. Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 4, p. e20190427, 2020.

SILVA, J. A. N. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, Aug. 2007

SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Revista Identidade**, [S.l.], v.15, n.1, p.51-64, 2010.

SILVA, E.K.P. et al. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.9, p. 2963-2978, 2018.

SOBRINHO, A. R. DA S. et al. Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para la profilaxis y el manejo de pacientes con COVID-19 leve y moderada en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. 1, 20 dez. 2022.

SOUZA, S.J.R. et al. Oral Health Impact Profile and Associated Variables in Southern Brazilian Drug Users. **Iranian Journal of Public Health**. v. 47, n.10, p.1466-1475, 2018

STOPA, S.R. MALTA, D.C. MONTEIRO, C.N. SZWARCOWALD, C.L. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Cadernos de Saúde Pública**. V.51, Supl 1:3s, 2017.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V.20, n.2, p.190-98, 2004.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1997, p. 182.

VELANDIA, L. M.; ÁLVAREZ, L.V.; MEJÍA, L.P.; RODRÍGUEZ, M.J. Oral health-related quality of life in Colombian children with Molar-Incisor

Hypomineralization. **Acta Odontologica Latinoamericana**, Buenos Aires, v. 31, n. 1, p. 38-44. Jun. 2018.

WHO. World Health Organization. **About social determinants of health**. Disponível em: Acesso em: 03/02/2019.

WHO. World Health Organization. Oral Health. Disponível em: Acesso em: 02/02/2019.

WHO. World Health Organization. **Prevalence of noncommunicable disease and injury risk factors-2013**. Disponível em: Acesso em: 04/02/2019.

WHO. World Health Organization. **Social Determinants of Health**. Disponível em: Acesso em: 12/01/2019.

WMA. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Proposed Revision of the Declaration of Helsinki**. Tel Aviv: World Medical Association, 2000.

XIAO, J. et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Caries Research**, n. 10, v. 1, p. 1-11, Jan. 2019.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido – TCLE

Título da pesquisa: MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

_____, em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da Pesquisa **“MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA”**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“MORBIDADE EM SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA, HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA”**, terá como objetivo geral, investigar condição de saúde bucal, principais hábitos de higiene bucal, problemas oclusais, utilização dos serviços de saúde, e a qualidade de vida relacionada dos indivíduos cadastrados como sendo pertencentes ao Quilombo Urbano em Santa Luzia – PB.

Neste trabalho, os dados serão coletados através de questionários já existentes e conhecidos (**QUESTÕES DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, DAI, CPO-D,**

OHIP-14). Os exames intraorais serão realizados por um pesquisador calibrado, sendo registradas informações sobre a presença de cárie dental, presença de lesão em tecidos moles e a prevalência e severidade da maloclusão.

Ao voluntário só caberá a autorização de submeter-se ao exame intrabucal e preenchimento do formulário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador, caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

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 para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer danos físicos

ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/o Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 3315- 3471 ou o E-mail: danilo_vieira23@hotmail.com com Danilo Vieira Barbosa.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante: _____

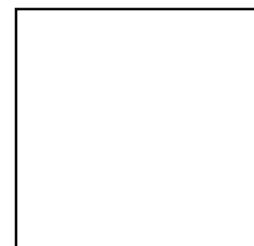
Nome legível: _____

Endereço: _____

RG. _____

Fone: (____) _____ - _____

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBSERVAÇÃO: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



POLEGAR DIREITO

Assinatura do Pesquisador Responsável
DANILO VIEIRA BARBOSA

SANTA LUZIA, _____ de _____ de 2023.

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Entrevistador(a): _____ Data da entrevista: ____/____/____ N° FORM _____

IDENTIFICAÇÃO

| | |
|-----------------------|--|
| Nome do entrevistado: | |
|-----------------------|--|

A – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – Questões adaptadas da PNS 2013: Módulo Características gerais dos moradores e Módulo Rendimentos domiciliares (IBGE, 2014)

| |
|---|
| A1) Sexo: 1() Masculino 2() Feminino |
| A2) Idade em anos: _____ |
| A3) Estado civil: 1() Casado(a) – mora com alguém 2() Solteiro(a) 3() Divorciado/Separado(a) 4() Viúvo(a) |
| A4) Situação empregatícia 1() Desempregado 2() Empregado 3() Aposentado/pensionista |
| A5) Cadastrado em algum programa de renda mínima (Bolsa família ou outro): 1() Sim 2() Não |
| A6) Renda mensal familiar: R\$ _____ |
| A7) Domicílio: 1() Próprio 2() Alugado 3() Cedido 4() Invadido |
| A8) Anos de estudo: _____ anos completos |

B- HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL - Pesquisa nacional de saúde, PNS, 2013

B1) Com que frequência o(a) sr(a) escova os dentes?

- () 1. Nunca escovei os dentes
 () 2. Não escovo todos os dias
 () 3. 1 vez por dia
 () 4. 2 vezes ou mais por dia
 () 5. Não se aplica

B2) O que o(a) sr(a) usa para fazer a limpeza de sua boca?

a. Escova de dente?

- () 1. Sim () 2. Não

b. Pasta de dente?

- () 1. Sim () 2. Não

c. Fio dental?

- () 1. Sim () 2. Não

B3) Com que frequência o(a) sr(a) troca a sua escova de dente por uma nova?

- () 1. Com menos de 3 meses
 () 2. Entre 3 meses e menos de 6 meses
 () 3. Entre 6 meses e menos de 1 ano
 () 4. Com mais de um ano
 () 5. Nunca trocou

C – MORBIDADE BUCAL REFERIDA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL, E NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

| |
|--|
| C1- Nos últimos 6 meses, o senhor sentiu dor de dente? () 0 Não () 1 Sim () 9 Não sei/Não respondeu |
|--|

| |
|--|
| C2- Aponte abaixo o quanto foi esta dor (1 significa muito pouca dor e 10 uma dor muito forte). (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) |
| C3- Nos últimos 6 meses o sr.(a) teve dor na face, nos lados da cabeça, na região das bochechas ou na frente do ouvido? ()0 Não ()1 Sim ()9 Não sei/Não respondeu |
| C4- Aponte na linha ao lado o quanto foi esta dor (1 significa muito pouca dor e 10 uma dor muito forte): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) |
| C5- No último ano, o(a) sr.(a) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para ser atendido? ()0 Não procurei; ()1 Procurei e não fui atendido; ()2 Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; ()3 Procurei e fui atendido; ()9 Não sabe/não respondeu |
| C6- Quando o(a) sr. (a) consultou o dentista pela última vez? ()0 Até um ano; ()1 Mais de 1 ano a 2 anos; ()2 Mais de 2 anos a 3 anos; ()3 Mais de 3 anos; ()4 Nunca foi ao dentista; ()9 Não sabe/não respondeu |
| C7- Onde foi a sua última consulta a um dentista? ()0 Serviço público; ()1 Serviço particular; ()2 Plano de saúde ou convênio; ()3 Outros; ()4 Nunca foi ao dentista; ()9 Não sabe/não respondeu |
| C8- Qual o motivo da sua última consulta a um dentista? ()0 Revisão, prevenção ou check-up; ()1 Dor; ()2 Extração; ()3 Tratamento; ()4 Outros; ()5 Nunca fui a dentista; ()9 Não sabe/não respondeu |
| C9- O que o (a) sr.(a) achou do tratamento na última consulta ao dentista? ()1 Muito bom; ()2 Bom; ()3 Regular; ()4 Ruim; ()5 Muito ruim; ()6 Nunca fui a dentista; ()9 Não sabe/não respondeu |
| C10- Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)? ()1 Muito boa; ()2 Boa; ()3 Regular; ()4 Ruim; ()5 Muito ruim; ()9 Não sei/não respondeu |
| C11- O sr.(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? ()0 Não; ()1 Sim; ()9 não sei/não respondeu |
| C12- Qual o motivo principal pelo qual o (a) sr.(a) considera que necessita de tratamento dentário atualmente? ()0 Não necessito (a) de tratamento dentário; ()1 Revisão/prevenção/rotina/limpeza; ()2 Sangramento na gengiva; ()3 Dor de dente; ()4 Dor na gengiva; ()5 Colocar aparelho ortodôntico; ()6 Necessidade de prótese (dentadura, coroa, ponte, implante); ()7 Dor muscular ou próxima ao ouvido; ()8 Fazer canal; ()9 Necessidade de fazer restaurações (obturações); ()10 Mau hálito; ()11 Extrair dente (arrancar); ()12 Clarear os dentes; ()13 Outro(s)(especifique); _____ ()14 Não sei /não respondeu |
| C13- O(A) sr.(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? ()0 Não; ()1 Sim; ()9 Não sei/não respondeu |

D – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL – OHIP 14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

| Domínios | Perguntas | 0 Nunca | 1 Raramente | 2 Às vezes | 3 Repetida- mente | 4 Sempre |
|---------------------|---|------------|----------------|------------------|-------------------------|-------------|
| Limitação funcional | D1.Você teve problemas para falar alguma palavra? | | | | | |
| | D2.Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Dor física | D3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? | | | | | |
| | D4.Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento? | | | | | |
| Desconforto psicológico | D5.Você ficou preocupado? | | | | | |
| | D6.Você se sentiu estressado? | | | | | |
| Incapacidade física | D7.Sua alimentação ficou prejudicada? | | | | | |
| | D8.Você teve que parar suas refeições? | | | | | |
| Incapacidade psicológica | D9.Você encontrou dificuldade para relaxar? | | | | | |
| | D10.Você se sentiu um envergonhado? | | | | | |
| Incapacidade social | D11.Você ficou irritado com outras pessoas? | | | | | |
| | D12.Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias? | | | | | |
| Deficiência | D13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? | | | | | |
| | D14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? | | | | | |

Fonte: Slade (1997) e Oliveira e Nadanovsky (2005).

OHIP – 14: _____

ANEXO A – Termo de anuência institucional Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia - PB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA- PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA DOZE IRMÃOS, S/N, CEP 58600- 000
CNPJ- 10.425.754/0001-47

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para devidos fins, que aceitamos o pesquisador Danilo Vieira Barbosa, Mestrando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba, a desenvolver seu projeto de Pesquisa “Condição de Saúde Bucal e seu Impacto na Qualidade de Vida: Inquérito em uma Comunidade Quilombola do Nordeste Brasileiro”, que está sob orientação do Prof. Alessandro Leite Cavalcanti, cujo objetivo é Investigar condição de saúde bucal, principais hábitos de higiene bucal, problemas oclusais, utilização dos serviços de saúde, e a qualidade de vida relacionada dos indivíduos cadastrados como sendo pertencentes ao Quilombo Urbano em Santa Luzia – PB.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador da Resolução 466/12, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e não utilização nas informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Santa Luzia- PB, 17 de abril de 2023.

CECILIANA MEDEIROS VANDERLEI DE CHUMACERO
Secretária Municipal de Saúde

Ceciliana Medeiros V. de Chumacero
Secretária de Saúde
Município de Santa Luzia

ANEXO B – Aprovação do projeto pelo Comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: INQUÉRITO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Danilo Vieira Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69747423.5.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.119.341

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, analítico do tipo inquérito CAP (conhecimentos, atitudes e práticas), cuja realização é baseada no fato de que as pessoas possuem não só diferentes níveis de conhecimento em saúde, bem como são disformes nos comportamentos adotados, e seu resultado é utilizado para o planejamento e a condução de programas e atividades em saúde (PEREIRA, 2015)

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL : Investigar condição de saúde bucal, principais hábitos de higiene bucal, problemas oclusais, utilização dos serviços de saúde, e a qualidade de vida relacionada dos indivíduos cadastrados como sendo pertencentes ao Quilombo Urbano em Santa Luzia – PB.

OBJETIVOS ESPECIFICOS : I• Descrever o perfil demográfico e socioeconômico;• Verificar a condição de Saúde bucal (CPO-D, mal oclusões e presença de lesões em tecido mole);• Investigar a influência das condições demográficas e socioeconômicas na condição de saúde bucal;Plano de Análise II• Verificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14);• Investigar a relação entre a condição de saúde bucal (CPO-D, malocclusões e presença de lesões em tecido mole) na qualidade de vida;• Analisar a influência dos hábitos de higiene bucal e uso dos serviços de saúde bucal na qualidade de vida;

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.119.341

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS : Os riscos serão mínimos, restritos a algum incômodo possível durante a coleta de dados

BENEFÍCIOS : Espera-se que os resultados desse estudo sirvam como subsídio para o planejamento da reorientação dos serviços de saúde e, perante a ciência, para avançar um passo mais na busca pelo conhecimento e pelo desenvolvimento da integralidade da assistência à saúde desse povo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem caráter relevante pois, Espera-se que os resultados desse estudo sirvam como subsídio para o planejamento da reorientação dos serviços de saúde e, perante a ciência, para avançar um passo mais na busca pelo conhecimento e pelo desenvolvimento da integralidade da assistência à saúde desse povo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos estão de acordo com as exigências da CONEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o Parecer para o desenvolvimento desta pesquisa é de APROVAÇÃO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2136636.pdf | 16/05/2023 22:47:19 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.pdf | 16/05/2023 22:46:56 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_De_Compromisso.pdf | 16/05/2023 22:46:40 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| Declaração de concordância | DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf | 16/05/2023 22:46:21 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 16/05/2023 22:42:15 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 07/05/2023 21:39:22 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 07/05/2023 21:38:41 | Danilo Vieira Barbosa | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 07/05/2023 | Danilo Vieira | Aceito |

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.119.341

| | | | | |
|------------|----------------|----------|---------|--------|
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 21:38:18 | Barbosa | Aceito |
|------------|----------------|----------|---------|--------|

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 15 de Junho de 2023

Assinado por:
Patricia Meira Bento
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO C – Normas dos periódicos elencados para submissão e publicação dos artigos científicos

Periódico para submissão: International Journal of Dentistry (Qualis CAPES: A3, JCR 2022 2.1), Normas para autores:

<https://www.hindawi.com/journals/ijd/guidelines/>