



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ÍTALLO LINS PAES DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE
REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALGOA GRANDE, PARAÍBA.**

CAMPINA GRANDE - PB
2020

ÍTALLO LINS PAES DE ARÁUJO

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE
REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Linha de Pesquisa: Condições e Determinantes do Processo Saúde Doença

CAMPINA GRANDE - PB
2020

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

A663a Araújo, Ítallo Lins Paes de.
Avaliação das condições de saúde bucal da população de remanescentes Quilombolas de Alagoa Grande, Paraíba [manuscrito] / Ítallo Lins Paes de Araujo. - 2020.
108 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Epidemiologia. 2. Saúde bucal. 3. Grupos étnicos. 4. Vulnerabilidade social. I. Título
21. ed. CDD 617.601

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ítallo Lins Paes de Araújo

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE
REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.**

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Linha de Pesquisa: Condições e Determinantes do Processo Saúde Doença

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

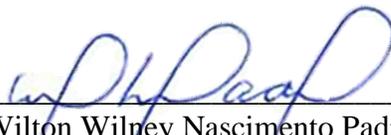
Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Aprovado em: 04 de Agosto de 2020.

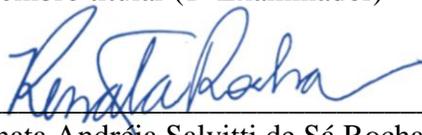
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti / UEPB
Membro titular (Orientador)



Prof.ª Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha /UEPB
Membro titular (1º Examinador)



Prof.ª Dr.ª Renata Andréia Salvitti de Sá Rocha / UFCG
Membro titular (2º Examinador)

DEDICATÓRIA

*Para **Deus**, meu grande e zeloso pai, por estar comigo em todos os momentos, até naqueles em que duvidei e fraquejei de mim mesmo, pelo seu amor imensurável e por todas as suas dádivas derramadas sobre mim.*

*Aos os meus pais, **Rúbia e Fábio**, que muitas vezes deixaram de lados os seus próprios sonhos, para que eu pudesse prosseguir com os meus.*

*Para meus irmãos, **Ingyrd e Igor**, por todo carinho, apoio e os momentos alegres proporcionados.*

*Aos meus avós, **Cleones, Maria Lúcia** (in memoriam) e **Maria do Carmo** (in memoriam), meus eternos apoiadores.*

*Para meus tios, **Cleones Lúcio, Rafaela, Ruthnéia, Maria Selma, Maria do Socorro, Maria Célia, Severino Filho e Lenildo**, por contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional.*

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti**, verdadeiro mestre e orientador, que me orientou e ensinou muitos saberes da pesquisa científica, despertando o prazer pela busca do conhecimento.

Aos demais **Professores do Programa de Mestrado em Saúde Pública**, por terem influenciado diretamente na minha formação. Em especial a **Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa**, que mostrou o verdadeiro significado de empatia humana, estendendo a sua mão em um momento de grande necessidade.

À **Universidade Estadual da Paraíba**, na pessoa da **Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos**. Ao PPGSP, por oportunizar a realização de um sonho: Mestrado Acadêmico reconhecido. A CAPES, pelo financiamento parcial.

À **Universidade Paranaense**, pela qual ingressei no Curso de Odontologia e a todos os professores envolvidos em minha formação, em especial a **Profa. Dra. Cíntia de Souza Alferes de Araújo**, por sempre apostar grande em seus alunos.

Aos meus colegas de mestrado, **Bueno Callou, Aline Luz, Isabela Brito, Josielma Fernandes, Rafaela Abrantes, Steffany Galdino, Radmila Ribeiro, Adriana Soares, Luanna Macedo e Flávia Lira** presentes dados a mim pelo programa, obrigado por tornar este percurso mais fácil.

A todos os meus amigos de longa data, **Érico Dantas, Marina Montenegro, Geovania Clementino, Allícia Marques, Jordelli Marques e Joselene Marques, Leticia Marinho**, em especial a **Gal Barbosa e Vanessa Montenegro**, vocês sempre foram apoiadores da causa

Aos meus colegas de profissão, **Brenda Vitória, Greice Kelly, Mariana Paizana, Ellen e Johny Carpiné**, por compartilharem comigo todos os sonhos e desafios da odontologia.

A todos aqueles que passaram por minha vida, de forma rápida e/ou inesperada, mas que deixaram algum tipo marca ou aprendizado que guardarei com carinho sempre.

Muito obrigado!

“O aumento do conhecimento é como uma esfera dilatando-se no espaço: quanto maior a nossa compreensão, maior o nosso contato com o desconhecido”.

Blaise Pascal.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.

RESUMO

Os levantamentos epidemiológicos são de extrema importância para o conhecimento da prevalência dos agravos que acometem a cavidade bucal. Eles revelam a realidade epidemiológica e, principalmente, o estado de saúde da população estudada. O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência da cárie dentária, do traumatismo dentário, de más oclusões e a necessidade e uso de próteses dentária em indivíduos quilombolas de Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. Realizou-se um estudo de corte transversal, com amostra probabilística aleatória simples, composta por 308 indivíduos, com idade entre 12 e 65 anos, cadastrados no E-SUS. As informações socioeconômicas foram obtidas através de um questionário, enquanto os dados clínicos por meio do exame. Os exames intraorais foram realizados por um pesquisador calibrado ($Kappa\ inter = 0,884$ e $intra = 0,980 - 1,00$), sendo registradas informações sobre a presença de cárie dental, de traumatismo dentário, a prevalência e severidade da maloclusão, bem como a necessidade e uso de próteses dentais. Possíveis associações entre variáveis categóricas foram identificadas utilizando os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, com respectivos intervalos de confiança de 95% e o nível de significância adotado de $p < 0,05$. Os resultados revelaram que apenas três indivíduos não apresentavam experiência de cárie (1,4%), sendo o CPO-D médio de 13,58 (DP = 9,07). Com relação a necessidade de algum tratamento o percentual de indivíduos foi de 78,6%, com maior necessidade de restaurações de duas ou mais superfícies (55,2%). O edentulismo estava presente em 74,1% da população, com quase a totalidade de perda dentária posterior (98,8%). O uso de prótese foi identificado em 25,5% dos indivíduos na arcada superior e em 10,9% na inferior, enquanto a necessidade de prótese foi de 60,9% na arcada superior e 73,6% na inferior. Na análise de regressão de Poisson, foram investigadas possíveis associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas de cárie e de tratamento que influenciassem de forma negativa a saúde bucal. As variáveis que demonstraram maior significância (p -valor $< 0,05$), foram faixa etária, escolaridade do indivíduo, dor de dente, perda dentária, dentes obturados, necessidade de tratamento, necessidade de restauração de duas ou mais superfícies, necessidade de tratamento pulpar, necessidade de extração, necessidade de prótese superior e necessidade de prótese inferior. Os dados sugerem que a população apresenta uma condição deficiente de saúde bucal, sendo em sua maioria é composta por edêntulos, com alto índice de necessidade de tratamento, principalmente os reabilitadores. Os remanescentes quilombolas apresentam uma boa qualidade de vida e uma alta autopercepção em saúde bucal.

Palavras-chave: epidemiologia; saúde bucal; grupos étnicos; vulnerabilidade social; fatores de risco.

EVALUATION OF THE ORAL HEALTH CONDITIONS OF THE POPULATION OF REMAINING QUILOMBOLAS FROM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.

ABSTRACT

Epidemiological surveys are extremely important for the knowledge of the prevalence of diseases that affect the oral cavity. They reveal the epidemiological reality and, mainly, the health status of the studied population. The objective of this study was to determine the prevalence of dental caries, dental trauma, malocclusions and the need and use of dental prostheses in quilombola individuals from Caiana dos Crioulos, located in the municipality of Alagoa Grande, Paraíba. A cross-sectional study was carried out, with a simple random probabilistic sample, composed of 308 individuals, aged between 12 and 65 years, registered in the E-SUS. The socioeconomic information was obtained through a questionnaire, while the clinical data through the oral exam. Intraoral examinations were performed by a calibrated researcher (Kappa inter = 0.884 and intra = 0.980 - 1.00), with information about the presence of dental caries, dental trauma, the prevalence and severity of the malocclusion, as well as the need and use of dental prostheses. Possible associations between categorical variables were identified using Pearson's Chi-square or Fisher's Exact tests, with respective 95% confidence intervals and the significance level adopted at $p < 0.05$. The results revealed that only three individuals had no caries experience (1.4%), with an average CPO-D index of 13.58 (SD = 9.07). Regarding the need for some treatment, the percentage of individuals was 78.6%, with greater need for restorations of two or more surfaces (55.2%). Edentulism was present in 74.1% of the population, with almost all posterior tooth loss (98.8%). Prosthesis use was identified in 25.5% of individuals in the upper arch and in 10.9% in the lower arch, while the need for prosthesis was 60.9% in the upper arch and 73.6% in the lower arch. In the Poisson regression analysis, possible associations between sociodemographic, caries and need for treatment variables that negatively influence oral health were investigated. The variables that showed the greatest significance (p -value < 0.05), were age group, individual's education, toothache, tooth loss, filled teeth, need for treatment, need for restoration of two or more surfaces, need for treatment pulp, need for extraction, need for upper prosthesis and need for lower prosthesis. The data suggest that the population presents a deficient condition of oral health, being mostly composed of edentulous, with a high index of need for treatment, mainly rehabilitators. The remaining quilombolas have a good quality of life and a high self-perception of oral health.

Keywords: epidemiology; oral health; ethnic groups; social vulnerability; risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSS: Determinantes Sociais de Saúde

DAI: *Dental Aesthetic Index*

ESF: Estratégia Saúde da Família

EPI: Equipamento de Proteção Individual

INCRA: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Intervalo de Confiança

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OIDP: *Oral Impact on Daily Performances*

PSF: Programa de Saúde da Família

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RC: Razão de Prevalência

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TALE: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Elenco de variáveis do estudo	28.
Quadro 2.	Códigos e critérios para o CPO-D / Coroa dentária	33.
Quadro 3.	Códigos e critérios para necessidade de tratamento / Coroa dentária	33.
Quadro 4.	Referência para avaliação do Índice CPO-D	34.
Quadro 5.	Códigos e critérios para traumatismo dentário / Coroa dentária	34.
Quadro 6.	Códigos e critérios para realização do DAI	35.
Quadro 7.	Componentes e pesos do <i>Dental Aesthetic Index</i>	36.
Quadro 8.	Severidade das maloclusões e sua necessidade de tratamento baseado nos scores do DAI	37.
Quadro 9.	Códigos e critérios para o uso de prótese dentária	38.
Quadro 10.	Códigos e critérios para a necessidade de prótese dentária	38.
Quadro 11.	Distribuição das variáveis de acordo com os planos de análise	34.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica do Quilombo Caiana dos Crioulos na cidade de Alagoa Grande	24.
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo dos quilombolas	48.
Tabela 2. Distribuição dos quilombolas segundo o impacto das condições de saúde bucal	49.
Tabela 3. Distribuição do impacto da condição bucal no desempenho diário (OIDP) de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas	50.
Tabela 4. Distribuição do impacto da condição bucal no desempenho diário (OIDP) de acordo com as variáveis de edentulismo	52.
Tabela 5. Modelo de regressão múltipla de Poisson de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo	55.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13.
2.	REVISÃO DE LITERATURA	16.
2.1.	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	16.
2.2.	QUILOMBOS E SEUS REMANESCENTES	17.
2.3.	SAÚDE BUCAL NO BRASIL	18.
2.4.	CÁRIE DENTÁRIA	21.
2.5.	MALOCCLUSÃO DENTÁRIA	22.
2.6.	TRAUMATISMO DENTÁRIO	23.
2.7.	REABILITAÇÃO COM PRÓTESES DENTÁRIAS	24.
3.	OBJETIVOS	26.
3.1.	OBJETIVO GERAL	26.
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26.
4.	MATERIAIS E MÉTODOS	27.
4.1.	DELINEMANTO GERAL DO ESTUDO	27.
4.2.	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	27.
4.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	28.
4.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	28.
4.5.	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28.
4.6.	VARIÁVEIS INVESTIGADAS	28.
4.7.	CALIBRAÇÃO	30.
4.8.	ESTUDO PILOTO	31.
4.9.	COLETAS DE DADOS	31.
4.10.	CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME INTRAORAL	32.
4.10.1.	ÍNDICE CPO-D	32.
4.10.2.	TRAUMATISMO DENTÁRIO	34.
4.10.3.	SEVERIDADE DA MALOCCLUSÃO	35.

4.10.4. NECESSIDADE E USO DE PRÓTESE	37.
4.11. ANÁLISE DOS DADOS	39.
4.12. ASPÉCTOS ÉTICOS	39.
5. RESULTADOS	41.
5.1 ARTIGO 1	41.
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63.
RERERÊCIAS	64.
APÊNDICE A – TCLE	74.
APÊNDICE B – TCLE (LEGALMENTE INCAPAZES)	76.
APÊNDICE C – TALE (LEGALMENTE INCAPAZES)	79.
APÊNDICE D – FICHA CLÍNICA	82.
ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO	87.
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CÔNSCIO DA INTENÇÃO DE PESQUISA	88.
ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL AO COMITÊ DE ÉTICA	89.
ANEXO D – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO	92.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos são um poderoso instrumento no campo do planejamento em saúde. A partir dos seus resultados torna-se possível obter respostas para questões que auxiliam na definição de programas de prevenção e tratamento das doenças bucais, bem como o planejamento dos serviços. Quando criteriosos, realizados periodicamente em nível local, regional ou nacional, e em condições homogêneas, ou seja, seguindo os mesmos padrões e critérios, esses estudos permitem identificar, avaliar e monitorar a distribuição e tendências da prevalência e severidade das doenças (MARCENES; BONECKER, 2000). O foco destes estudos pode estar nas fases de diagnóstico, de resultados e/ou de resultados de intervenções, bem como nas causas das doenças (SILMAN; MACFARLANE; MACFARLANE, 2018).

Por muitos anos, observou-se que as informações epidemiológicas obtidas em nível municipal, eram pouco utilizadas e, muitas vezes, sequer chegaram a ser publicadas. Com isso, esses estudos eram subutilizados e seus achados e conclusões poucas vezes derivam consequências efetivas, ficando inexplorado o potencial dos dados produzidos (VAUGHAN; MORROW, 1997). Contudo, no início dos anos 2000, pode-se perceber que a epidemiologia em saúde bucal no Brasil vinha apresentando um crescimento progressivo, especialmente do ponto de vista da produção de dados em nível municipal (RONCALLI, 2000).

A saúde-doença se produz e distribui na sociedade mediante fortes processos de determinação social, econômica, política, cultural e ambiental, nos dois últimos decênios, este conceito veio sendo incorporado ao arcabouço conceitual e prático para a formulação de políticas e estratégias em direção à saúde. Fatores como pré-disposição genética, cultura, meio ambiente e comportamento somados à provisão, a qualidade e o uso efetivo dos serviços de saúde, interagem para produzir experiências desiguais de doença entre os estratos sociais (PERES et al., 2007). Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde” e abordam em seu conceito, paralelamente, a vulnerabilidade social (CARVALHO, 2013). Os DSS são fortes preditores de morbidade e mortalidade (WHO, 2018). Dessa maneira, a comunidade internacional está promovendo esforços para integrar fatores sociais à prática clínica, possibilitando a identificação de restrições sociais e estruturais nos comportamentos de saúde dos pacientes visando à melhora nos resultados de saúde (SCHOENTHALER et al., 2018). Para Tiwari e Palatta (2019), o fato de

os profissionais compreenderem o impacto dos DSS na saúde bucal vão exigir uma prioridade maior na prestação de cuidados de saúde mais compassivos e eficazes.

Tanto no âmbito da produção científica nacional como internacional a dimensão étnico-racial, vem adquirindo cada vez mais importância na área da saúde (LAGUARDIA, 2004; KABAD et al., 2012). No campo da odontologia, diversos autores têm apontado para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos, minorias e migrantes, dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento sobre a saúde bucal e levantar informações relevantes para o planejamento de serviços de saúde em contextos específicos (ARANTES et al., 2001). Bastos et al. (2018), justificam em parte a falta de foco em pesquisas dessa natureza devido às principais raízes históricas da odontologia em anatomia, fisiologia e microbiologia. Porém, como a saúde bucal é integral e essencial para a qualidade de vida e o aspecto social dos indivíduos, reforçar-se a importância de investigar está temática.

Estudos realizados por Coimbra Júnior e Santos; Coimbra Júnior et al, (2000, 2013) evidenciaram que as iniquidades em saúde estão intimamente relacionadas à questão étnico-racial, evidenciando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte de indivíduos que identificam sua cor da pele como pretos, pardos e indígenas. Adicionalmente, Murakami et al. (2018) destacam as relações encontradas entre uma pobre saúde bucal e doenças crônicas, como é o caso das doenças cardiovasculares. Os autores também ressaltam que a pesquisa em saúde pública sobre desigualdades socioeconômicas permite associar fatores comportamentais e biológicos à saúde bucal. As pessoas que vivem em determinadas condições de pobreza e/ ou isolamento, não somente são mais vulneráveis em sofrer enfermidades, mas também têm menos acesso aos serviços de saúde, ao não receber tratamentos adequados e oportunos, suas enfermidades se agravam com o tempo (ARANTES et al., 2001).

As pesquisas em comunidades quilombolas relatam uma reduzida oferta de serviços de saúde e dificuldade de acesso da população utilizando serviços de saúde, menor frequência de uso de medicamentos e condições ambientais e sanitárias deficientes (SILVA, 2007; GOMES et al., 2013; MEDEIROS, 2013). Quanto à saúde bucal, há uma escassez de evidências a respeito de sua situação. Um estudo existente, relata dificuldades de acesso à atenção e necessidades de tratamento reabilitador, com números similares aos da população brasileira na década de 1980 (SILVA et al., 2011).

O processo histórico de escravização vivenciado pela população negra no Brasil deixou como herança diversas desigualdades sociais e de saúde e, para a população remanescente de quilombos a discrepância ainda é aumentada quando o quesito é o acesso dificultado a bens e serviços. Expressando assim a sua vulnerabilidade e a necessidade de estudos epidemiológicos que possam traçar uma estratégia reorganizada que atendam suas principais necessidades em saúde, subsidiando estudos futuros que avaliem os protocolos clínicos, tal como, decisões dos gestores e dos profissionais que atuam especificamente nesta população.

Hodiernamente, mesmo a saúde pública estando em foco, há uma carência sobre estudos que averiguam o cenário da saúde bucal nestes ajuntamentos. Portanto, a hipótese desse estudo é que a comunidade apresente uma alta prevalência de cárie dentária e outros fatores consequentes associados, como o edentulismo, levando a instalação ou intensificação de maloclusões e a necessidade de reabilitação com próteses dentárias. O presente estudo, tendo em vista esses aspectos, têm por objetivo analisar alguns dos principais agravos bucais para a comunidade de remanentes quilombolas Caiana dos Crioulos em Alagoa Grande no Estado da Paraíba.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

No artigo 196, da Constituição Federal de 1988, é exposto que "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). Ainda que seja considerado um inquestionável avanço como direito do cidadão, até então, o Estado não assegura a todos a mesma qualidade de atenção à saúde, levando em vista o ponto regional ou étnico-racial.

Nos últimos anos, as políticas públicas, direcionadas às pessoas em condições de vulnerabilidade, contribuíram para a redução das desigualdades no Brasil. Tratando-se da saúde, a redução das desigualdades tem ocorrido por uma série de políticas de promoção da equidade, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (CHEHUEN NETO et al., 2015). A fim de promover essa equidade, no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde da 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).

A PNSIPN foi instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, cujo objetivo é "garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. Surgindo como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, não sendo diferente em relação à saúde. Desse modo, o reconhecimento social e político ocorre em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada (MAIO, 2005).

Dados produzidos a partir do censo demográfico brasileiro revelam que 50,7% da população brasileira se autodeclara negra ou parda, com estimativa para 2015 de aproximadamente 53,7%, 47,7% se autodeclararam brancos e 1,5% amarelos e índios. (IBGE, 2011). Indicando dessa forma uma maior prevalência de afrodescendentes na composição étnico-racial país. Analisando os fatores socioeconômicos, os dados desse censo indicam que, em

relação a renda os brancos tem 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardos e sobre o percentual de analfabetismo em indivíduos com 15 anos ou mais, entre os negros esse valor atingiu 27,4%, enquanto que entre os brancos era de apenas 5,9% (IPEA, 2002). A PNSIPN surge então como uma ferramenta de grande valia na reestruturação da saúde e da dignidade, tentando assim implementar políticas específicas nesse meio, que atendam à demanda e à realidade na qual o povo negro se insere.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece que as condições de vida da população negra são resultado de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país, contribuindo para um desigual acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde. Isso é refletido no quadro epidemiológico dessa população, evidenciando suas condições de vulnerabilidade em saúde. Nesse sentido, o MS por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, ou seja, o próprio usuário define qual é sua raça/cor, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades. Dessa forma o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos.

2.2. QUILOMBOS E SEUS REMANESCENTES

A população quilombola tem sua identidade definida por raízes históricas, ligadas às comunidades organizadas para resistência contra o regime escravocrata, ao longo dos séculos XVIII e XIX (BRASIL, 2003). Mesmo após a abolição da escravatura, essas comunidades preservaram o seu caráter de resistência; a partir daquele momento, contra uma sociedade incapaz de incorporar os ex-escravos, trazendo como consequências para os dias atuais, desigualdades sociais e de saúde e, ainda, o acesso dificultado a bens e serviços (SILVA, 2010; BRASIL, 2007).

Durante séculos, as comunidades negras rurais constituíram processos que possibilitaram a construção de uma significativa rede de relações socioculturais, econômicas e políticas; a formação de quilombos está no cerne destes acontecimentos (KRIEGER et al., 2003; SILVA, 2010). No final do século XX, estas comunidades começaram a reivindicar o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e

sustento, bem como o livre exercício de suas práticas, crenças e valores considerados em sua especificidade (ALMEIDA, 1997).

O direito à propriedade legal das terras onde se estabeleciam as comunidades quilombolas foi assegurado pelo art. 68 do ato das disposições transitórias da constituição Federal de 1988. (BRASIL, 2002). Ainda assim, muitas são as necessidades dessas comunidades, sobretudo no que concerne ao acesso a melhores condições de saneamento, habitação, alimentação e saúde – todas elas, condições reconhecidamente fundamentais para uma qualidade de vida aceitável.

Dentro do contexto das chamadas populações tradicionais no Brasil, é um desafio conceituar aquilo que chamamos de população quilombola. Podendo este grupo étnico se enquadrar, como um grupo minoritário dentro da população negra, a exemplo da metodologia utilizada pelo MS. Ainda pode-se utilizar o conceito de comunidades remanescentes de quilombos do Governo Federal, que é utilizado pelos Ministérios e pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), por meio da Instrução Normativa Nº 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., 2010).

2.3. SAÚDE BUCAL NO BRASIL.

Desde o início da década de 1950, os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil vêm sendo realizados, estes tinham abrangência restrita à população escolar coberta pelos chamados “programas incrementais” (NARVAI, 2006), contudo, serviram de base para o desenvolvimento e consolidação de importantes conhecimentos epidemiológicos no país.

O Ministério da Saúde (MS), em 1986, executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso a serviços. Dez anos após, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1986, 1996). Segundo Roncalli (2006) apesar da grande importância desses estudos para a época, estes não se estabeleceram enquanto um componente da política de saúde bucal vigente.

No ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse, tanto a população urbana, como rural (BERTI, 2013). O passo seguinte se deu com o Projeto SB 2000, desenvolvido para gerar informações que permitissem avaliar a situação do país em relação às Metas em Saúde Bucal para o Ano 2000, propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (NARVAI, 2000). Conquanto, o levantamento só foi concluído em 2003, razão pela qual o estudo, inicialmente SB 2000, ficou conhecido como SB Brasil 2003. Representando um expressivo avanço nos inquéritos nacionais de saúde bucal, consolidando-os no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (NARVAI et al., 2010).

O modelo assistencial de saúde brasileiro, desde o ano 2000, vem passando por modificações, ocorrendo um aumento nas suas abordagens preventivas, tendo como ponto central o indivíduo e seus fatores biológicos, psicológicos e sociais como critério para estabelecimento dos fatores no processo saúde-doença, resultado atribuído por mudanças de caráter qualitativo (NARVAI, 2000; MIALHE 2007).

Ainda que o Programa de Saúde da Família (PSF) tenha sido concebido em 1994 pelo MS, a saúde bucal só foi inserida no ano 2000, com o objetivo de mudar os serviços prestados na área odontológica. De fato, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA, 2001).

Novos conceitos de saúde e doença têm sido elaborados, ampliando-se um entendimento mais abrangente sobre os fatores biopsicossociais das doenças. O indivíduo passou a ser visto,

não de forma fragmentada, mas como um todo, uma vez que suas condições de saúde estão relacionadas às suas experiências subjetivas, às suas interpretações de saúde e doença, ao seu bem-estar e ao seu desempenho físico, social e psicológico (MESQUITA et al., 2009).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), aprovada em 2004, reorientou a atenção à saúde bucal por meio de diretrizes de organização dos programas e serviços, com base na epidemiologia e nas informações sobre o território de saúde, oferecendo suporte para a atenção integral às necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004). Embora seja imprescindível o aprofundamento da questão da diversidade étnico racial da população brasileira nas pesquisas epidemiológicas (KABAD et al., 2012), igualmente, faz-se necessário extrapolar o diagnóstico de saúde do ponto de vista étnico racial para além da análise de dados secundários, e buscar conhecer a realidade de grupos minoritários ainda não cobertos pelos sistemas de informações de saúde, tais como a população quilombola (BEZERRA et al., 2014).

Com objetivo de atingir um financiamento mais equitativo 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 menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal) e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Também foi implementado este diferencial no valor para as equipes que atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas em municípios que não se enquadravam nos critérios anteriores. Importante destacar que pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. Tais medidas beneficiaram 3008 municípios (2010) (54,06%), sendo que os 2281 municípios mais pobres do país passaram a ter 50% a mais nos valores dos incentivos para todas as suas equipes (41,01% do total de municípios brasileiros) e 727 municípios para aquelas equipes que cobrem populações de assentamentos rurais e remanescentes de Quilombos (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. Foi enfatizada 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; PARE, 2007; SILVA, 2008; CARDOSO, 2010).

No âmbito da vulnerabilidade social, as comunidades remanescentes quilombolas se destacam como grupos que, historicamente, sofrem em decorrência do processo de exclusão, inclusive em relação aos cuidados de saúde (GOMES, 2013). O conhecimento desses aspectos poderia contribuir no processo de cuidado e restauração das equidades em saúde bucal para estes povos. Contudo, nestas populações, a existência e a extensão dos fatores de riscos para os agravos bucais até então não têm sido investigados como um amplo objeto dos estudos epidemiológicos.

2.4. CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dental é uma doença de etiologia multifatorial. Esta patologia que acomete os tecidos duros geralmente é causada pela fermentação de carboidratos simples pelos microrganismos bucais. Este processo inicia-se com uma pequena rugosidade da superfície do dente ou de sua desmineralização, logo após, ocorre o processo de cavitação, o que resulta no edema da polpa, na formação de abcesso e em uma cascata de sinais e sintomas clássicos desta doença (MATHUR; DHILLON, 2018).

Os dados acerca da prevalência de cárie dentária são alarmantes. No ano de 2016 foi estimado que cerca de 3,58 bilhões de pessoas foram acometidas por doenças bucais em todo o mundo, sendo a cárie dos dentes permanentes a doença mais frequente (GBD, 2016). Os dados presumem que aproximadamente 2,4 bilhões de pessoas são acometidas por lesões de cárie dos dentes permanentes (WHO, 2018). Apesar de ser altamente evitável, a cárie é classificada como doença crônica mais comum na infância. Em recente revisão sistemática, Xiao e col. (2019) apontam que anualmente surgem aproximadamente 1,8 bilhões de novos casos de cárie em crianças no mundo. No Brasil, um estudo realizado com 7,348 crianças de cinco anos participantes da Pesquisa Brasileira de Saúde Bucal em 2010, mostrou que 54,1% delas tinham

cárie dentária, apresentando a maior prevalência de cárie aquelas de famílias com menor renda salarial ($p = 0,047$) (FREIRE et al., 2018).

Os determinantes sociais de saúde têm influência direta na saúde bucal. Fatores de caráter biológico, socio comportamental, psicossocial, social e político estabelecem condições de desigualdade na saúde bucal de indivíduos desde a primeira infância até a terceira idade (WHO, 2018). Dados apontam que cerca de 73% das crianças que possuem desvantagens socioeconômicas são acometidas por cáries nos países em desenvolvimento e industrializados (DYE et al., 2015). Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de revisar pesquisas epidemiológicas conduzidas no Brasil que investigaram a distribuição da cárie dentária segundo condições socioeconômicas e demográficas, mostrou que a cárie dentária é mais prevalente entre pessoas mais pobres, com menor escolaridade, que são da cor/raça preta e parda e pessoas do sexo feminino (BOING et al., 2014). No estudo de Souza et al. (2018), realizado com uma amostra de 3,926 idosos brasileiros, foi reportado que 21,8% possuíam cárie em pelo menos um dente. Da amostra total, 2,029 idosos não eram brancos (pretos, pardos, morenos ou indígenas), destes 25,3% apresentaram cárie.

Como complicações da cárie podemos citar a dor, impactos na qualidade de vida como a dificuldade em comer e dormir, perda dentária e infecção sistêmica (WHO, 2018). Quando não tratado, o abscesso odontogênico, que é uma complicação da cárie dentária, pode evoluir para um abscesso subcutâneo. Este processo é resultado da erosão do osso medular e cortical para proporcionar uma saída de componentes inflamatórios e a formação de um abscesso de tecido mole (DIEBOLD et al., 2019).

2.5. MALOCLUSÃO DENTÁRIA

Podemos caracterizar a oclusão dentária como a forma como os dentes superiores se articulam nos dentes inferiores nas várias posições e movimentos da mandíbula (PIMENTA, 2018). E a má oclusão é caracterizada por um conjunto de distúrbios no crescimento e desenvolvimento que afeta os músculos e ossos na infância e adolescência (PERES et al., 2013). A etiologia deste problema de saúde bucal está ligada à fatores genéticos, ambientais e étnicos. Porém, a adaptação funcional aos fatores ambientais afeta estruturas vizinhas como os dentes, ossos e tecidos moles, o que também resulta em problemas de má oclusão (ALHAMMADI et al.,

2018). A prevenção da cárie dentária, da periodontite e da perda dentária, são citados como alguns dos fatores que contribuem para uma posição ideal dos dentes (BERNHARDT et al., 2019). Mais detalhes sobre a classificação das anormalidades dento-faciais utilizadas neste projeto encontram-se na sessão Materiais e Métodos no tópico Severidade da maloclusão.

Em uma revisão sistemática, os resultados nos mostram que acerca da dentição permanente, a má oclusão de Classe I acomete 74,7% da população mundial, seguida de uma prevalência de 19,56% para a Classe II e de uma distribuição mundial de 5,93% para a Classe III. Na dentição mista, foi observada uma distribuição de 73% de má oclusão para a Classe I, 23% para a Classe II e 4% para a Classe III. A população africana apresentou maior prevalência de Classe I e mordida aberta na dentição permanente (89% e 8%, respectivamente) enquanto que na dentição mista os índices foram de 93% e 10%, respectivamente (ALHAMMADI et al., 2018). Em recente estudo, Bauman et al. (2018) analisaram o padrão epidemiológico da má oclusão em pré-escolares brasileiros. A amostra foi composta por 6855 pré-escolares com 5 anos de idade, em maior parte do sexo masculino, residentes nas regiões Nordeste e Norte e de cor de pele negra ou parda. 63,2% das crianças apresentaram pelo menos um problema oclusal. Porém, quando a cor da pele foi associada a presença de má oclusão não houve diferença estatisticamente significativa entre brancos (63,3%) e pretos e pardos (63,15) ($p = 0,896$). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL 2011) com uma amostra de 7,328 crianças de 12 anos e 5,445 adolescentes com idades entre 15 a 19 anos, revelam uma prevalência de 6,5% de má oclusão severa nas crianças e de 9,1% nos adolescentes. Os sujeitos negros tiveram 1,5 vezes mais chances de apresentarem o desfecho de má oclusão severa do que os brancos (IC 95% 1,08; 2,34) (PERES et al., 2013).

2.6. TRAUMATISMO DENTÁRIO

O trauma dentário caracteriza-se como uma lesão por impacto nos dentes e/ou outros tecidos dentro e ao redor da boca e da cavidade oral. Esta condição pode ser classificada de acordo com as seguintes ocorrências; fratura da coroa envolvendo apenas o esmalte, fratura da coroa envolvendo o esmalte e a dentina, fratura da coroa envolvendo a polpa ou, falta de dente por causa de trauma (ANDREASEN et al., 2007; VETTORE et al., 2019). Os resultados de pesquisas demográficas apontam que homens apresentam maior prevalência de trauma do que as

mulheres e que fatores como cair, envolver-se em um acidente, lutar e praticar esportes são os que mais resultam em traumas dentários (AGHDASH et al., 2015).

A prevalência de lesões dentárias traumáticas em dentes primários ou permanentes é de 20% (WHO, 2018). Na revisão sistemática de Aghdash e col. (2015), que incluiu um total de 69,502 crianças e adolescentes com idades entre 0 a 18 anos a média de prevalência de traumas dentários foi de 10,2% entre meninos e de 6,5% em meninas. Sendo a fratura do esmalte o tipo de trauma mais frequente (54,2%) na população estudada e as quedas foram apontadas como a causa mais comum. De maneira análoga a literatura existente, um estudo com 542 adolescentes com idade de 12 a 14 anos da cidade de Dourados – MS, apresentou uma média de $0,13 \pm 0,37$ traumas dentários (VETTORE et al., 2019).

Como complicações das lesões dentárias traumáticas podemos citar a necrose pulpar, a lesão periapical, a descoloração da coroa do dente, formação de fístulas, reabsorção radicular por inflamação externa (ZALECKIENE et al., 2014), assim como a perda do dente, complicações no desenvolvimento facial e impacto no desenvolvimento psicológico e na qualidade de vida (WHO, 2018). O tipo de trauma dentário e sua gravidade é que irão determinar a abordagem escolhida pelo dentista. No caso da vitalidade pulpar, os tratamentos mais utilizados são o capeamento pulpar e a pulpotomia (remoção parcial da polpa). O tratamento endodôntico adequado é considerado altamente efetivo no controle da reabsorção inflamatória relacionada à infecção do canal radicular principal e auxilia principalmente na manutenção do dente por um período maior de tempo no arco dentário do indivíduo (ZALECKIENE et al., 2014).

2.7. REABILITAÇÃO COM PRÓTESES DENTÁRIAS

A perda dentária é fator resultante de inúmeras causas, dentre elas estão relacionadas a falta de cuidado com a saúde bucal e os fatores socioeconômicos. Podemos citar também, os incidentes traumáticos, as cáries dentárias e a doença periodontal como as principais causas de perda dentária (KERN et al., 2017). De fato, a saúde bucal além de ser um importante indicador de saúde, também impede a ocorrência de distúrbios do trato digestivo (WHO, 2013). Dessa forma, deve-se atentar à casos de perda dentária, visto que sua ocorrência tem influência sobre aspectos como a mastigação, digestão, gustação, o aspecto estético, dentre outros (MELLO et al., 2014).

Quando ocorre a perda dentária faz-se necessário o uso de aparelhos artificiais que são comumente conhecidos como próteses dentárias. O uso das próteses é importante para a restauração de deformidades como o edentulismo parcial e edentulismo completo. O uso e a necessidade da prótese irão depender do diagnóstico e do tipo de planejamento escolhido, sendo as suas principais funções a manutenção e reabilitação da função oral, o asseguramento de conforto ao paciente, assim como uma melhora na aparência e na saúde de indivíduos que apresentam dentes ausentes e/ou deficientes (ZHAO; WANG, 2014). Como principais complicações que podem levar a necessidade do uso de próteses podemos citar dentes decompostos e não restaurados, dentes que possuem restaurações, dentes tratados endodonticamente, a presença de doença periodontal e o desgaste dentário (devido ao envelhecimento e ao atrito) (RADKE, 2007). De maneira geral, a reabilitação oral com próteses fixas ou removíveis mostra-se muito bem relatada pelos pacientes (ØZHAYAT; GOTFREDSSEN, 2019).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar alguns dos principais agravos bucais que acometem a população remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer o perfil dos participantes em relação ao gênero e à escolaridade, bem como a renda familiar e escolaridade materna;
- Identificar dados sobre morbidade bucal referida, uso de serviços, autopercepção e impactos em saúde bucal;
- Determinar a prevalência de cárie e traumatismo dentário na amostra;
- Identificar a necessidade e uso de próteses dentárias entre os adultos de 18 a 65 anos de idade;
- Estimar a prevalência, severidade e necessidade de tratamento das maloclusões;
- Verificar associação dos agravos bucais com as características demográficas, socioeconômicas, de percepção de saúde e de acesso a serviços odontológicos.

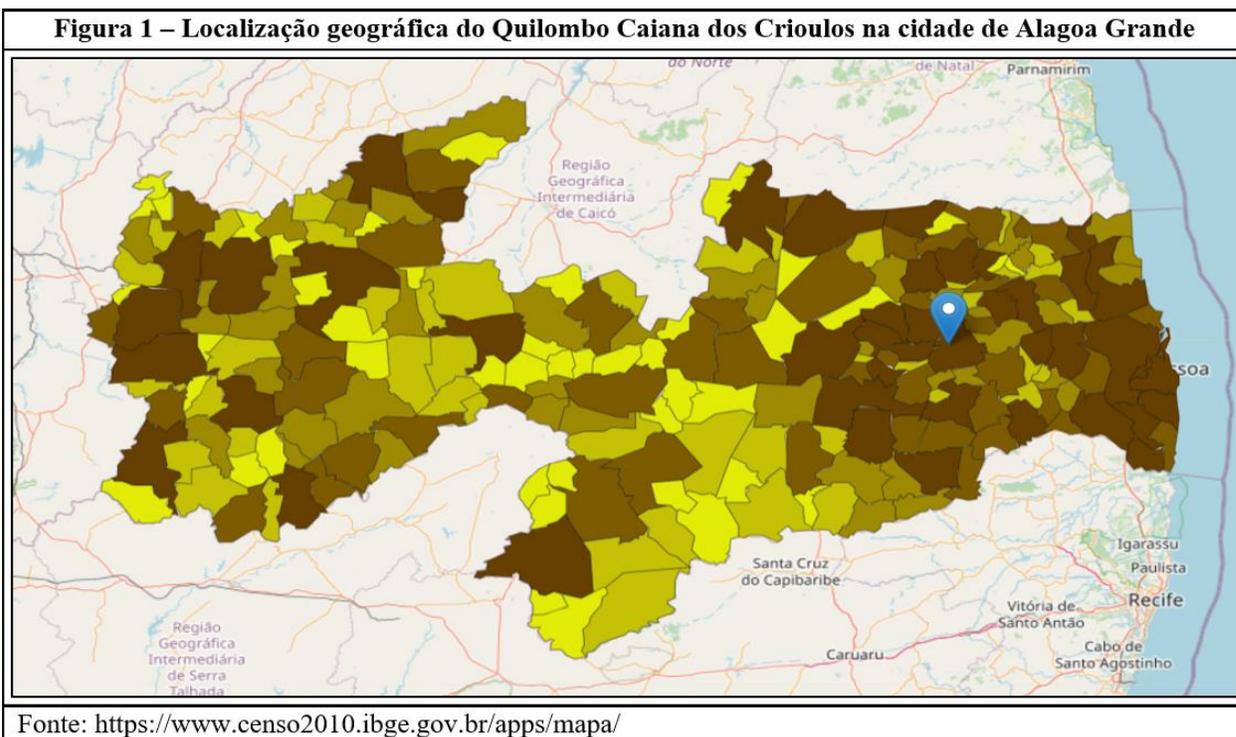
4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal, de abordagem indutiva, com procedimentos estatístico-descritivo, com técnicas de documentação direta e observação direta intensiva (LAKATOS, MARCONI, 2017).

4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na comunidade de Caiana dos Crioulos, reconhecida pela Fundação Cultural Palmares como área remanescente de quilombo, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. A comunidade possuía uma população de 1.500 mil habitantes, distribuídos em 405 famílias (IBGE, 2010). Atualmente, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, residem no local 664 indivíduos cadastrados no E-SUS.



4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considerando a extensão territorial e a dificuldade de acesso a todas as residências da comunidade, optou-se por uma estratégia amostral probabilística.

A amostra foi composta por 683 indivíduos cadastrados no E-SUS, com faixa etária entre 12 a 65 anos de idade, de ambos os sexos, residentes da Comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com a seguinte fórmula:

$$n = N \times z^2 \times P(1 - P) / d^2 (N - 1) + z^2 \times P(1 - P)$$

Onde: n = tamanho da amostra; N = população de referência (683); z = nível de confiança escolhido (95%), desvio padrão (1,96); P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado (50%); d = erro amostral previsto (5%). O n resultou em 247 indivíduos, porém adicionou-se 20% para suprir o efeito das perdas durante a coleta de dados, totalizando 308 indivíduos.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados como critérios de inclusão, indivíduos melanodermas, autodeclarados negros ou afrodescendentes, residentes na área geográfica correspondente ao Quilombo Caiana dos Crioulos, ter entre 12 e 65 anos de idade e cadastrados pelo E-SUS do município de Alagoa Grande.

4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa aqueles que possuíam capacidade cognitiva inadequada e / ou deficiência física com mobilidade reduzida que afetasse a destreza manual.

4.6. VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Quadro 1 - Elenco de variáveis do estudo.					
	Variável	Definição	Categoria	Classificação quanto à mensuração	Classificação quanto ao plano de Análise
Demográficas e socioeconômicas	Gênero	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora.	1.Masculino 2.Feminino	Qualitativa nominal	Independente
	Idade	Tempo decorrido em anos desde o nascimento.	Em anos	Quantitativa discreta	Independente
	Pessoas no domicílio	Quantidade de indivíduos residentes no domicílio.	Por indivíduo	Quantitativa discreta	Independente
	Escolaridade do responsável	Tempo de estudo dos pais ou responsáveis.	Anos de estudo	Quantitativa discreta	Independente
	Escolaridade do indivíduo	Tempo de estudo do indivíduo.	Anos de estudo	Quantitativa discreta	Independente
	Renda familiar	Proventos obtidos de investimentos, trabalho ou negócios da família.	Em reais (R\$)	Quantitativa contínua	Independente
	Morbidade bucal referida	Odontalgia	Dor nas áreas adjacentes ao órgão dental.	1. Sem dor 2. Dor ligeira 3. Dor moderada 4. Dor intensa 5. Dor máxima	Qualitativa ordinal
Percepção da saúde	Autopercepção da saúde bucal	Percepção do indivíduo sobre a sua condição de saúde bucal.	1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Nem satisfeito, nem insatisfeito 4. Insatisfeito 5. Muito insatisfeito	Qualitativa ordinal	Independente
Acesso ao serviço	Ida ao dentista	Realização de consulta com o dentista.	1. Menos de 1 ano 2. De 1 a 2 anos 3. Três anos ou mais 8. Não se aplica 9. Não sabe/ não respondeu	Qualitativa nominal	Independente
	Local da consulta	Tipo de setor do serviço utilizado para a consulta.	1. Serviço Público 2. Serviço Privado 3. Planos de saúde ou convênios 4. Outros 8. Não se aplica 9. Não sabe/ Não Respondeu	Qualitativa nominal	Independente

	Motivo da consulta	Razão pela qual o indivíduo procurou o dentista para realização da consulta.	1. Revisão, prevenção ou check-up 2. Dor 3. Extração 4. Tratamento 5. Outros 8. Não se aplica 9. Não sabe/ não respondeu	Qualitativa nominal	Independente
	Percepção da consulta	Nível de satisfação do indivíduo com o atendimento prestado na consulta.	1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Nem satisfeito, nem insatisfeito 4. Insatisfeito 5. Muito insatisfeito	Qualitativa ordinal	Independente
Bucal	Cárie dental	Sulco, fissura ou superfície lisa apresentando cavidade evidente, tecido amolecido, descoloração ou restauração temporária.	Códigos do CPO-D (OMS, 2013).	Qualitativa nominal	Dependente
	Trauma dentário	Parte da superfície foi perdida por consequência de trauma e não há evidência de cárie.	Códigos e critérios de Traumatismo dentário (ANDREASEN et al., 2007).	Qualitativa nominal	Dependente
	Maloclusão	Desvio da oclusão, irregularidades dentárias que impedem os dentes de se encaixarem corretamente, a qual pode ser associada à insatisfação da estética dental.	Índice de Má-Oclusão (OMS, 2013) e Índice de Estética Dental (OMS, 2013).	Qualitativa nominal	Dependente
	Uso de prótese	Uso de um artefato que se propõe a substituir a função original dos dentes perdidos ou ausentes.	Códigos e critérios para o uso e necessidade de próteses dentais (BRASIL, 2001).	Qualitativa nominal	Dependente
	Necessidade de prótese	Necessidade do uso de um artefato que se propõe a substituir a função original dos dentes perdidos ou ausentes.	Códigos e critérios para o uso e necessidade de próteses dentais (BRASIL, 2001).	Qualitativa nominal	Dependente

Fonte: autores.

4.7. CALIBRAÇÃO

Previamente a coleta de dados, foram realizados o treinamento e a calibração do pesquisador, com o objetivo de minimizar possíveis variações de interpretação, visando estabelecer padrões uniformes dos critérios para as doenças a serem registradas e determinando os parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa para o único examinador. O grau de concordância das avaliações foi verificado pelo Coeficiente de Concordância Kappa (OMS, 2013).

A calibração consistiu em três etapas, uma discussão teórica, outra discussão prática e a calibração propriamente dita, sendo realizada por um cirurgião-dentista, referência ou padrão ouro, especialista em Odontopediatria.

Durante a primeira etapa, foram discutidos os critérios e códigos para o diagnóstico de cárie dentária, traumatismo dentários, maloclusão, uso e necessidade de próteses dentárias. A segunda etapa, para cárie dentária, maloclusões, traumatismo dentário e envolveu o exame clínico odontológico, enquanto a calibração para uso e necessidade de próteses foi realizada *in lux*. Discutiui-se sobre as discrepâncias identificadas nos achados clínicos, critérios de diagnóstico, codificações e erros de registro, com o propósito de alcançar um nível aceitável de concordância, buscando ao máximo, a assimilação uniforme de todos os critérios e regras de decisão.

Na terceira etapa, para avaliar a concordância de variáveis numéricas, como o DAI e o CPO-D, utilizou-se o método de correlação linear simples. Tratou-se, portanto, de verificar de que maneira os valores encontrados nas mesmas pessoas, dos exames realizado pelo mesmo examinador em tempos diferentes, estariam correlacionados. Desta maneira um grupo de escolares foram examinados em um primeiro momento e após um intervalo de 15 dias. O grau de concordância obtido inter-examinador, foi de 0,88 para CPO-D, de 0,86 para necessidade de tratamento, de 0,75 para o Índice de Estética Dental e de 0,77 para traumatismo dentário. Os cálculos de concordância intra-examinador foram realizados e obtidos os valores de 0,98 para CPO-D, de 0,92 para necessidade de tratamento e 0,90 para o Índice de Estética Dental e traumatismo dentário.

4.8. ESTUDO PILOTO

Foi realizado na comunidade quilombola Caiana dos Mares, localizada na zona rural do município de Alagoa Grande, Paraíba, certificada pela Fundação Cultural Palmares. Atualmente a comunidade é composta por aproximadamente 300 indivíduos e possui estruturas socioculturais muito semelhantes a população definida para o estudo. A amostra foi composta por 50 indivíduos com faixa etária entre 12 a 65 anos de idade, de ambos os sexos, residentes da comunidade.

4.9. COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre Janeiro a Abril de 2020. Nos próprios domicílios, em locais designados pelos moradores, desde que houvesse uma boa iluminação artificial ou natural, sendo executada por um examinador calibrado e dois anotadores, os quais registravam os dados. Todos os residentes considerados aptos, foram informados acerca dos riscos e benefícios desta pesquisa e convidados a participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, foram obtidos os dados relacionadas às informações socioeconômicas da família, escolaridade, morbidade bucal referida, uso de serviços, autopercepção e impactos em saúde bucal. Na sequência, uma ficha clínica foi preenchida, onde foram anotados os dados obtidos na avaliação intabucal.

A ficha clínica do voluntário continha os seguintes documentos: um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e um TCLE no caso indivíduos considerados incapazes ou menores que 18 anos de idade, um TCLE para os maiores e capazes, um questionário relacionado as informações socioeconômicas da família, escolaridade, morbidade bucal referida, uso de serviços, autopercepção e impactos em saúde bucal, por fim, uma ficha de exame, onde foram anotados os dados obtidos na avaliação intabucal. Os termos e o questionário que compuseram a ficha clínica foram ser lidos, esclarecidos, preenchidos e assinados, só então a avaliação física oral foi realizada. Previamente a realização dos exames intrabucais, foi solicitado a escovação dental, realizada de forma supervisionada. Nas ocasiões em que os indivíduos não possuíam material adequado para higienização oral, foi fornecido um kit de higiene bucal contendo: 1 creme dental, 1 escova de dentes, 1 fio dental e 1 toalha descartável.

4.10. CRITÉRIOS OBEDECIDOS PARA O EXAME INTRAORAL

Os critérios adotados neste projeto tomaram por base as recomendações contidas na quarta edição do *Oral Health Surveys: Basic Methods* da Organização Mundial da Saúde (OMS), descritos no Manual do Examinador e no Manual do Examinador e do Anotador, produzidos pela equipe de coordenação do Projeto SB Brasil (BRASIL, 2001), os quais disponibilizam formulários já validados com respectivos scores para a análise de cada variável investigada.

4.10.1. ÍNDICE CPO-D

O índice CPO-D foi utilizado para medir e comparar a experiência de cárie dentária na dentição permanente, sendo que seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um indivíduo e/ou grupo de indivíduos. Considerou-se um dente presente, quando apresentasse qualquer parte visível ou puder ser tocado com a ponta da sonda, sem deslocar tecido mole indevidamente. Quando em dentição mista, o permanente e o decíduo ocupavam o mesmo espaço, foi considerado o permanente. O dente com sulco ou superfície lisas que apresentasse cavidade, tecido amolecido, descoloração do esmalte ou restauração temporária que não fosse a base de ionômero de vidro foi tido como cariado. Foi incluído no grupo dos perdidos, os elementos com necrose pulpar, coroa destruída e os com extração indicada e para os obturados, os restaurados sem evidência de cárie e os que não passaram por tratamento endodôntico (BRASIL, 2001).

Quadro 2 – Códigos e critérios para o CPO-D / Coroa dentária	
Código (dentes permanentes)	Critério
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado e com cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido a cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta selante

7	Apoio de ponte ou coroa
8	Não erupcionado
T	Trauma
9	Dente excluído
Fonte: (OMS, 2001).	

Quadro 3 – Códigos e critérios para necessidade de tratamento / Coroa dentária	
Código de tratamento (dentes permanentes)	Critério
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Remineralização de mancha branca
9	Sem informação
Fonte: (OMS, 2001).	

Para o cálculo do índice CPO-D, foram incluídos apenas os dentes com evidências de cárie, os perdidos e os obturados. O correspondente “C” (dentes cariados) incluiu todos os dentes elencados com os códigos 1 ou 2. O componente “P” (dentes perdidos) correspondeu aos dentes classificados com os códigos 4 e 5. O componente “O” (dentes obturados/ restaurados) correspondeu somente ao código 3. No cálculo individual o resultado foi obtido através da soma dos três componentes, enquanto no cálculo comunitário o resultado foi atribuído pela soma do resultado individual, dividido pelo número de pessoas investigadas.

Quadro 4 – Referência para avaliação do Índice CPO-D	
Valores	Graus de severidade
0,0 a 1,1	Muito baixo
1,2 a 2,6	Baixo

2,7 a 4,4	Moderado
4,5 a 6,5	Alto
6,6 e mais	Muito alto
Fonte: (OMS, 2001).	

4.10.2. TRAUMATISMO DENTÁRIO

A presença de traumatismo dentário foi avaliada a partir dos critérios de Andreasen et al. (2007). Nesse exame, averiguou-se, se parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não havia evidência de cárie, sendo considerados exclusivamente, os dentes incisivos superiores e inferiores, permanentes.

Quadro 5 – Códigos e critérios para traumatismo dentário / Coroa dentária

Código	Critério
0	Nenhum traumatismo
1	Fratura de esmalte
2	Fratura de esmalte e dentina
3	Fratura coronária complicada
4	Luxação extrusiva
5	Luxação lateral
6	Luxação intrusiva
7	Avulsão
8	Alteração de cor
9	Exame não realizado
Fonte: (ANDREASSEN et al., 2007).	

4.10.3. SEVERIDADE DA MALOCLUSÃO

O Dental Aesthetic Index ou Índice de Estética Dental (DAI) (CONS et al., 1989) avalia as seguintes condições: ausência de dentes superiores e inferiores, presença de diastemas ou de apinhamentos nos segmentos anteriores superiores e inferiores, overjet, sobressaliência anterior inferior, mordida aberta e relação molar anteroposterior. Com a obtenção de todas as características exigidas pelo DAI foram calculados os escores individuais para cada indivíduo. Para execução do DAI foram avaliados oito critérios que obedeceram aos respectivos códigos:

Quadro 6 – Códigos e critérios para realização do DAI			
	Componente	Código	Critério
Dentição	Dentes	0	Sem dentes perdidos
		1 a 20	Números de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos
Espaço	Apinhamento no segmento incisal	0	Sem apinhamento
		1	Apinhamento em um segmento
		2	Apinhamento em dois segmentos
	Espaçamento no segmento incisal	0	Sem espaçamento
		2	Espaçamento em um segmento
		3	Espaçamento em dois segmentos
	Diastema incisal	0	Ausência de diastema incisal
		n° em mm	Distância em mm do diastema incisal
	Desalinhamento maxilar e mandibular anterior	0	Ausência de desalinhamento
		n° em mm	Distância em mm do desalinhamento maxilar anterior
		n° em mm	Distância em mm do desalinhamento mandibular anterior
	Oclusão	Overjet maxilar e mandibular anterior	0
n° em mm			Distância em mm do overjet maxilar anterior
n° em mm			Distância em mm do overjet mandibular anterior.
Mordida aberta vertical anterior		0	Normal
		n° em mm	Distância em mm da mordida aberta anterior
Relação Molar Anteroposterior		0	Normal

		1	Meia Cúspide
		2	Cúspide Inteira
Fonte: (CONS et al., 1989).			

O DAI avalia 10 variáveis numéricas as quais são colocadas numa equação para o cálculo do valor individual do índice. A cada variável é atribuída um peso e ao final é somada a uma constante com valor correspondente a 13. Os escores do DAI são agrupados em categorias, de acordo com a severidade das maloclusões, e associados a necessidade de tratamento ortodôntico que varia desde ausência de necessidade até uma indicação relevante diante dos problemas oclusais existentes (BRASIL, 2001).

Quadro 7 – Componentes e pesos do <i>Dental Aesthetic Index</i>				
Componente		Valor obtido	Peso	Total
1	Dentes incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos (número de dentes)		6	
2	Apinhamento no segmento incisal (número de segmentos apinhados)		1	
3	Espaçamento no segmento incisal (número de segmentos espaçados)		1	
4	Diastema incisal (em mm)		3	
5	Desalinhamento maxilar anterior (em mm)		1	
6	Desalinhamento mandibular anterior (em mm)		1	
7	Overjet maxilar anterior (em mm)		2	
8	Overjet mandibular anterior (em mm)		4	
9	Mordida aberta vertical anterior (em mm)		4	
10	Relação Molar Anteroposterior (0 – normal; 1- meia cúspide; 2 – cúspide inteira)		3	
11	Constante	–	–	13
Total		–	–	Escore DAI
Fonte: (CONS et al., 1989).				

Quadro 8 – Severidade das maloclusões e sua necessidade de tratamento baseado nos scores do DAI		
Severidade das maloclusões	Necessidade de tratamento	Escore do DAI
Sem anormalidades ou maloclusões leves	Sem necessidade de tratamento	≤ 25
Maloclusão definida	Eletivo	26 – 30
Maloclusão severa	Altamente desejável	31 – 35
Maloclusão muito severa / incapacitante	Fundamental	≥ 36
Fonte: (CONS et al., 1989).		

Foi considerada como uma oclusão normal aqueles indivíduos que apresentaram o score DAI menor ou igual a 25 (MARTINS, 2019).

4.10.4. NECESSIDADE E USO DE PRÓTESE

A situação quanto à utilização de próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais tinham como base a presença de espaços protéticos. Quando mesmo indivíduo estava usando e, ao mesmo tempo, necessitava de prótese(s), foram assinalados o uso e a necessidade para os arcos correspondentes, superior e/ou inferior.

Quanto ao tipo de prótese usada ou tipo de prótese necessária, foram obedecidos aos seguintes códigos para a realização do exame:

Quadro 9 – Códigos e critérios para o uso de prótese dentária.	
Código	Uso de prótese
0	Não usa prótese dentária
1	Usa uma ponte fixa
2	Usa mais de uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais prótese parcial removível
5	Usa prótese total

9	Sem informação
Fonte: (BRASIL, 2001).	

Quadro 10 – Códigos e critérios para a necessidade de prótese dentária	
Código	Necessidade de prótese
0	Não necessita de prótese dentária
1	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3	Necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita prótese dentária total
9	Sem informação
Fonte: (BRASIL, 2001).	

4.11. ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis foram divididas em planos de análise diferenciado de acordo com o objetivo do artigo. Foi realizada a análise descritiva dos dados, que correspondeu ao cálculo de frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e as medidas de tendência central e de variabilidade, para variáveis quantitativas.

Empregaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para identificar possíveis associações entre a variável dependente (prevalência de impacto – OIDP alto) e as independentes. Para a análise de cada um dos itens do OIDP separadamente, foi utilizada a presença ou ausência de impacto. A prevalência de impacto foi categorizada com base na mediana: baixo impacto (OIDP de zero a três) e alto impacto (OIDP de quatro a oito).

As variáveis com um p-valor $<0,20$ foram incluídas na análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A medida de associação foi demonstrada como RP (Razão de Prevalência) e intervalos de confiança (95%). O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (versão 22.0 para Windows, IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Quadro 11 – Distribuição das variáveis de acordo com os planos de análise.		
Plano de análise	Variável dependente	Variável independente
Artigo 1	Prevalência do Impacto da Condição Bucal no desempenho diário (OIDP ALTO)	Sociodemográficas Autopercepção em saúde Acesso a serviços odontológicos Bucais
Fonte: autores.		

4.12. ASPÉCTOS ÉTICOS

Seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). Este estudo foi registrado na Plataforma Brasil, submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) e aprovado (Número do parecer 3.272.910 e CAAE 12020919.9.0000.5187).

Os sujeitos participantes do estudo, que tiveram idade entre 18 e 65 anos, preencheram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e para o público menor de idade, com faixa etária 12 anos a 17 anos, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), assim como os menores que concordaram com a pesquisa, assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), ambos elaborados em linguagem simples, contendo as principais informações sobre a pesquisa e destacando a liberdade do indivíduo em relação à aceitação ou recusa em relação à participação. Estes foram ser assinados em duas vias.

5. RESULTADOS

5.1. ARTIGO 1: INFLUÊNCIA DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE REMANECECENTES QUILOMBOLAS

Periódico: Revista de Saúde Pública¹

ISSN 1518-8787

Fator de impacto JCR 2020: 1,748

Índice H(Scopus): 72

Qualis A2 em Saúde Coletiva

¹Artigo formatado de acordo com as normas de publicações do periódico (Anexo D).

INFLUÊNCIA DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS

Ítallo Lins Paes de Araújo¹, Isla Camilla Carvalho Laureano², Eduarda Gomes
Onofre de Araújo³, Alessandro Leite Cavalcanti⁴.

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Saúde Pública, Campina Grande, PB, Brasil.

² Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Campina Grande, PB, Brasil.

⁴ Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Campina Grande, PB, Brasil.

Correspondência:

Ítallo Lins Paes de Araújo

Universidade Estadual da Paraíba

Departamento de Saúde Pública

Avenida das Baraúnas, S/N – Bodocongó, Campina Grande/PB, Brasil.

CEP: 58.429-570

E-mail: itallolins@me.com / itallolins@hotmail.com

Telefone: +55-83-999182808

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o impacto da perda dental na qualidade vida e sua associação com os fatores sociodemográficos de indivíduos quilombolas.

MÉTODOS: A amostra desse estudo foi composta por 220 indivíduos adultos, com idade entre 18 a 65 anos, cadastrados no E-SUS no município de Alagoa Grande, PB. Foram realizadas entrevistas, visando medir o impacto bucal na performance diária e registrar os aspectos sociodemográficos. Os exames intraorais foram feitos por um examinador calibrado, utilizando critérios da Organização Mundial de Saúde, sendo registrados dados sobre o uso e necessidade de prótese dentária, os quais tiveram como base a presença de espaços protéticos. Na análise de estatística dos dados empregou-se os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e a Regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS:-A maioria dos quilombolas relataram a autopercepção em saúde bucal como alta satisfação (68,2%) e acharam que necessitavam de tratamento dentário (80,5%). Do total de participantes 90,5% relatou pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa. O edentulismo estava presente em 74,1% da população, com quase a totalidade de perda dentária posterior (98,8%). O uso de prótese foi identificado em 25,5% dos indivíduos na arcada superior e em 10,9% na inferior, enquanto a necessidade de prótese foi encontrada em 60,9% na arcada superior e 73,6% na inferior.

CONCLUSÃO: O perfil da condição de saúde bucal da população quilombola é composto por um número de elevado de edêntulos, e em sua maioria necessita de reabilitação protética, principalmente de prótese inferior.

DESCRITORES: Saúde Bucal, Vulnerabilidade em Saúde, Qualidade de Vida, Grupos Étnicos, Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida pode ser compreendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ¹. Pode indicar a presença de saúde física e psíquica de uma pessoa, além do contexto social no qual ela está inserida, como o acesso à educação, alimentação e a serviços de saúde. Representa um fator positivo para que o sujeito viva bem e consiga realizar todas as suas tarefas com êxito ².

Entre os problemas bucais de maior incidência na população brasileira está o edentulismo, podendo ser definido como um grau elevado de perdas dentárias resultante das doenças bucais, principalmente a cárie dental, a doença periodontal e os traumatismos. Mesmo que o edentulismo não seja apontado como um agravo à saúde bucal, deve ser analisado com maior propriedade, uma vez que atinge proporções epidêmicas em diversas partes do mundo ³. Com relação à perspectiva de entendimento cultural, o edentulismo no Brasil ainda é reconhecido por muitos como um fenômeno natural do envelhecimento, ou seja, fisiológico. Entretanto, sabe-se, hoje, que esse fato é consequência da falta de prevenção, informação e de cuidados pessoais como a higiene bucal, o que possibilitaria a manutenção dos dentes naturais até idades mais avançadas, de forma saudável e funcional ⁴.

A perda dentária, limita funções diretamente ligadas à manutenção da qualidade de vida. Seus impactos são expressados pela redução da capacidade de mastigação e fonação, assim como por danos de ordem nutricional estética e psicológica, com diminuição da autoestima e conseqüentemente da integração social do indivíduo ⁵. As doenças bucais podem interferir ainda, no desempenho diário dos indivíduos por meio de quadros de dor e de sofrimento, constrangimentos psicológicos como humor e irritação, além de privações sociais ⁶. Em um panorama geral, as condições bucais mais impactantes têm sido associadas a jovens adultos do sexo feminino, de cor preta, com baixa condição

socioeconômica, baixa escolaridade, condições clínicas deficientes, com uso de próteses dentárias inadequadas e com necessidade de tratamento odontológico ⁷.

Neste contexto, trazemos à tona a dimensão étnico-racial, que vem progressivamente, adquirindo importância na área da saúde. Publicações nacionais e internacionais, demonstram que as inequidades em saúde estão intimamente ligadas à questão étnico-racial, evidenciando as desigualdades nos perfis de adoecimento e morte dos indivíduos, principalmente aqueles que se identificam como pretos, pardos e indígenas ^{8, 9, 10}. No âmbito da vulnerabilidade social, as comunidades remanescentes quilombolas se destacam como grupos que, historicamente, sofrem em decorrência do processo de exclusão, inclusive em relação aos cuidados de saúde ¹¹.

As pesquisas nestas populações relatam uma subutilização de serviços de saúde e dificuldade de acesso da população utilizando serviços de saúde, menor frequência de uso de medicamentos e condições ambientais e sanitárias deficientes ^{12, 13}. Quanto à saúde bucal, há uma escassez de evidências a respeito de sua situação.–Alguns autores relataram dificuldades de acesso à atenção e necessidades de tratamento reabilitador, com números similares aos da população brasileira na década de 1980 ¹⁴.

Investigações mais amplas são necessárias para esclarecer em que medida a saúde bucal afeta negativamente a vida dos remanescentes quilombolas brasileiros. Com base no contexto desfavorável destes indivíduos, existência e a extensão dos fatores de riscos para os agravos bucais, pressupõe-se que o edentulismo, como conseqüente agravante da doença cárie, afeta de maneira negativa o desempenho diário. Havendo o conhecimento da carência sobre estudos que averiguam o cenário da saúde bucal nestes ajuntamentos, os achados podem contribuir para a construção de políticas públicas, de cuidado e restauração das equidades em saúde bucal para estes povos.

Este estudo teve por objetivo conhecer a prevalência do impacto do edentulismo na qualidade de vida e sua associação com a condição dentária e fatores sociodemográficos de indivíduos autodeclarados negros remanescentes de comunidades quilombolas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa e observação direta intensiva. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sob o nº 3.272.910/2019, e foi realizado de acordo com os princípios definidos Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Durante o processo de abordagem os pacientes foram esclarecidos sobre todas as informações necessárias referentes à realização do estudo, todas as suas etapas e previamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi realizada na comunidade de Caiana dos Crioulos, reconhecida pela Fundação Cultural Palmares como área remanescente de quilombo, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. A população do estudo foi composta de 220 indivíduos, melanodermas, autodeclarados negros ou afrodescendentes, residentes na área geográfica correspondente ao Quilombo Caiana dos Crioulos, com idade entre 18 a 65 anos e cadastrados pelo E-SUS do município de Alagoa Grande.

Previamente à realização da pesquisa, foi realizada a calibração do pesquisador (Kappa inter-examinador = 0,884 e intra-examinador = 0,980). Seguido do desenvolvimento de um estudo piloto, em 50 indivíduos, em uma outra área, também remanescente de quilombo, aplicando os mesmos critérios de inclusão para amostra estudada.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e por exame clínico bucal, realizados no próprio domicílio, em um local designado pelos residentes. O instrumento de coleta continha questões relacionadas a características sociodemográficas sobre o impacto da condição bucal no desempenho diário das atividades e uma ficha da avaliação intabucal. Para o exame bucal, foram utilizados sonda periodontal, espelho bucal, gaze, espátula de madeira, lanterna de cabeça e equipamento de proteção individual.

Para aferir impacto da condição bucal no desempenho diário das atividades, foi utilizado o *Oral Impact on Daily Performances* (OIDP) como

instrumento de coleta ¹⁵. Os indivíduos foram questionados acerca de problemas relacionado a saúde bucal, em relação aos seis últimos meses, que causaram dificuldades ou prejuízos nos seguintes desempenhos: comer, falar, escovar os dentes; manter um estado de equilíbrio emocional sem ficar irritado ou nervoso; sorrir ou falar sem constrangimento; desempenhar trabalho, estudo, esportes ou atividade principal; e ter contato com pessoas, frequentar passeios e festas. Seguindo a metodologia da pesquisa nacional de saúde bucal, as respostas possíveis para cada um dos oito itens foram: sim; não; não sabe ou não respondeu ¹⁶.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo, faixa etária, escolaridade do indivíduo, renda famílias, autopercepção em saúde, necessidade de tratamento autorrelatada, odontalgia nos seis últimos meses, consulta ao dentista ao menos uma vez na via, frequência da consulta, local da consulta. As condições clínicas observadas foram: perda dentária, perda dentária anterior e posterior, uso de prótese, tipo de prótese utilizada, necessidade de prótese, tipo de prótese necessária para ambas arcadas.

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (versão 22.0 para Windows, IBM Corp., Armonk, NY, USA).

A análise estatística descritiva correspondeu ao cálculo de frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e as medidas de tendência central e de variabilidade, para variáveis quantitativas. Empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para identificar possíveis associações entre prevalência de impacto (OIDP alto) e variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo. Para a análise de cada um dos itens do OIDP separadamente, foi utilizada a presença ou ausência de impacto. A prevalência de impacto foi categorizada com base na mediana: baixo impacto (OIDP de zero a três) e alto impacto (OIDP de quatro a oito). As variáveis com um p-valor <0,20 foram incluídas na análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A medida de associação foi demonstrada como RP (Razão de Prevalência) e intervalos de confiança (95%). O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram visitados 100 domicílios e avaliados 220 quilombolas. No tocante ao perfil sociodemográfico, a amostra foi composta por homens (45,9%) e mulheres (54,1%), com 38 anos ou menos (50,5%), média de idade de $39,4 \pm 14,8$ anos, mediana de 38 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 65 anos, escolaridade > 8 anos de estudo (55,9%) e com rendimento familiar de R\$ 1.500,00 ou menos (74,5%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis clínicas, a maioria dos quilombolas relataram a autopercepção em saúde bucal como alta satisfação (68,2%), acharam que necessitavam de tratamento dentário (80,5%), tiveram dor dentária (últimos 6 meses) (40,5%), já tinham visitado o dentista alguma vez na vida (97,3%), com a última consulta há um período de 1 ano ou mais (54,2%) e sendo serviço público o local de atendimento majoritariamente consultado (82,7%) (Tabela 1).

Quanto ao edentulismo, a maior parte dos indivíduos apresentou dentes perdidos (74,1%), com quase a totalidade de perda dentária posterior (98,8%) e até 12 dentes posteriores perdidos (48,5%). O uso de prótese foi identificado em 25,5% dos indivíduos na arcada superior e em 10,9% na inferior. Os tipos de próteses mais usadas pelos quilombolas foram a prótese total (53,6%), na arcada superior, e a prótese fixa/removível ou combinação (54,2%), na arcada inferior. A necessidade de prótese foi encontrada em 60,9% e 73,6% da amostra, nas arcadas superior e inferior, respectivamente. Quanto ao tipo de prótese mais necessária, a prótese fixa/removível ou combinação, para as arcadas superior (70,1%) e inferior (85,2%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida, segundo o índice OIDP. A maioria dos pesquisados (90,5%) relatou pelo menos um desempenho ou atividade diária afetada por problemas bucais nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa. Os desempenhos “dormir mal” (79,1%) e “dificuldade para comer” (61,8%) foram os mais afetados, seguidos pelo desempenho “incômodo ao escovar os dentes” (54,1%). O que apresentou menor prevalência de impacto foi “deixar de praticar esportes” (7,7%).

A Tabela 3 mostra a distribuição do impacto da condição bucal no desempenho diário (OIDP) de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas; na análise bivariada, o impacto da condição bucal mostrou associação com o sexo ($p = 0,031$), com a faixa etária ($p < 0,001$), com a escolaridade ($p = 0,015$), com a autopercepção em saúde bucal ($p < 0,001$), com achar que necessita de tratamento dentário ($p = 0,002$), com a dor dentária (últimos 6 meses) ($p = 0,003$) e com o tipo de serviço consultado ($p = 0,007$).

Em relação às variáveis de edentulismo (Tabela 4), houve associações significativas entre as seguintes variáveis e os itens do OIDP: dentes perdidos e os itens 1 (comer), 2 (escovar os dentes), 3 (estado emocional), 4 (contexto Social), 6 (falar), 7 (sorrir), 8 (estudar ou trabalhar), 9 (dormir); perda dentária anterior e os itens 4, 6 e 7; perda dentária posterior e o item 9; classificação da perda dentária e o item 6; uso de prótese superior e o item 6; uso de prótese inferior e o item 4; tipo de prótese superior que usa e os itens 6, 7 e 8; necessidade de prótese superior e inferior e todos os itens do OIDP, exceto o item 5 (prática de esportes); tipo de prótese superior necessária e os itens 2, 5, 6, 8 e 9 e tipo de prótese inferior necessária e o item 6. As variáveis de edentulismo associadas ao alto impacto total foram dentes perdidos ($p < 0,001$), necessidade de prótese superior e inferior ($p < 0,001$).

Os resultados da análise de regressão de Poisson para testar a associação entre a prevalência de impacto (OIDP alto) e variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo estão na Tabela 5. A variável “perda dentária posterior” devido à prevalência baixa, não entrou no modelo de regressão. No modelo não ajustado, as variáveis sexo ($p = 0,032$), faixa etária ($p < 0,001$), escolaridade ($p = 0,015$), autopercepção em saúde ($p < 0,001$), acha que necessita de tratamento dentário ($p = 0,008$), dor dentária ($p = 0,002$), onde consultou dentista ($p = 0,022$), dentes perdidos ($p < 0,001$), com necessidade de prótese superior ($p < 0,001$) e com necessidade de prótese inferior ($p < 0,001$) foram associadas ao desfecho. As variáveis “onde consultou o dentista”, “autopercepção em saúde” e “necessidade de prótese inferior” mantiveram-se associadas mesmo após ajuste. Os quilombolas que consultaram o dentista no serviço público tiveram prevalência de

alto impacto no desempenho diário 74% maior que aqueles que se consultaram em outros serviços ($p = 0,009$), os que referiram a autopercepção baixa 67% maior ($p < 0,001$) e os que necessitaram de prótese inferior, sendo 3,03 vezes mais provável de apresentarem alto impacto no desempenho diário ($p = 0,006$).

DISCUSSÃO

As mudanças físicas, biológicas e emocionais causadas pelas perdas dentárias são refletidas em prejuízos na mastigação, na fonação, na digestão, na estética e conseqüentemente no desenvolvimento de distúrbios psicológicos^{17, 18}. Essas mudanças, decorrentes da condição de saúde oral inadequada, proporcionam impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo^{2, 17, 18, 19}.

Os impactos à qualidade de vida podem ser quantificados através da autopercepção em saúde²⁰ que está interligada a experiências anteriores, no contexto sociocultural que individuo se insere²¹. Corroborando com Corrêa et al.²⁰ (2016), Santos et al.²¹ (2016) e Maia et al.²² (2020), a autopercepção em saúde bucal foi alta, sendo possível inferir uma autoavaliação positiva da condição bucal. Entretanto, diferem dos achados de Agostinho et al.¹⁹ (2015), onde os resultados encontrados acerca da percepção bucal foram ruins referindo-se à qualidade de vida. Apesar da autopercepção em saúde bucal apresentar-se positiva, 54,8% dos entrevistados do presente estudo afirmaram necessitar de tratamento odontológico.

O tratamento para as perdas dentárias extensas ou totais consiste em reabilitação protética, contribuindo com a restauração adequada das funções mastigatória e estética²³. Levando em consideração o elevado número de edêntulos do estudo (74,1%), a necessidade de reabilitação protética faz-se presente, sendo 60,9% dos usuários que precisam de prótese superior e 73,6% de prótese inferior. A vivência em atendimento odontológico, representada pela falta dos dentes, evidencia a ineficácia dos métodos de prevenção e tratamento odontológico adquiridos no decorrer do tempo²⁴.

Dessa forma, o edentulismo se caracteriza como problema de saúde pública^{17, 18, 23} que afeta não somente a qualidade de vida dos indivíduos, como também torna-se um desafio para os gestores públicos em relação a oferta do serviço nos diferentes níveis de atenção, devido à alta demanda por tratamentos reabilitadores¹⁷. Vale ressaltar ainda, que os serviços odontológicos são de alto custo sendo notadamente uma problemática na assistência pública²³.

A perda dentária posterior acometeu a quase totalidade dos entrevistados (98,8%). Segundo os resultados encontrados por Bitencourt et al.¹⁷ (2019) a ausência dos dentes posteriores configurou-se como uma condição que não afetava a vida dos indivíduos em relação a mastigação e estética, diferentemente da perda dos dentes anteriores. A justificativa para esse fato deve-se, principalmente, a associação da aparência com a perda anterior. Essa situação, limita a busca por tratamento odontológico e pode explicar o perfil de frequência da consulta encontrado, onde 54,2% tiveram a última consulta há um período de 1 ano ou mais.

A condição de saúde bucal foi associada ao nível de escolaridade (≤ 8 anos), resultado este semelhante ao reportado por Carvalho et al.² (2019), sendo possível observar o impacto na condição de saúde a partir da relação com a formação escolar. Segundo Maia et al.²² (2020), a prevalência do edentulismo é maior nos idosos analfabetos. A dificuldade de acesso à escola na época da infância e adolescência, pode explicar o baixo nível de escolaridade apresentado no estudo, podendo estar relacionado também a desigualdade social caracterizada pela baixa renda familiar. Porém, não foi encontrado no estudo associação estatisticamente significativa para a condição de saúde bucal e a renda familiar.

A comunidade precisa ser estimulada, através dos profissionais de saúde com a promoção de ações educativas que abordem as possibilidades para solução dos problemas levando em consideração as etapas do tratamento até a reabilitação, podendo assim, estimular a procura ao serviço, garantindo o atendimento odontológico individual favorecendo os serviços de prevenção e acompanhamento.

O perfil da condição de saúde bucal da população da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos é composto por um número de elevado de edêntulos, e sua maioria necessita de reabilitação protética, principalmente de prótese inferior do tipo fixa/removível ou combinação. A relação entre o impacto nas atividades diárias e o uso do serviço público de saúde enfatiza carência no atendimento, estabelecendo uma demanda em melhorias na oferta do serviço na região. Além disso, pode-se inferir que a busca ao serviço e o atendimento possuem caráter corretivo, resolvendo o problema de forma momentânea.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os remanescentes quilombolas e aos os demais envolvidos no processo de calibração e coleta de dados. Agradecimentos também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10): 1403-1409.
2. *Carvalho LF, Melo JRO, Carvalho FAA, Ramos JG, Lima RA.* O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. *Rev. da AcBO.* 2019 Jan; 8(1): 40-48.
3. De Conto LP, De Bona MC, Rizzatto C, Damian MF, Scorsatto, JT, De Conto F. Uso e necessidade de prótese dentária em centro de saúde público na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. *JOI.* 2017 Ago, 6(1): 50-61.
4. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011. Out. 27(10): 2041-2054.
5. Ministério da Saúde (BR). SB-Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília (DF); 2011.
6. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev. Saúde Pública.* 2018. Apr. 52(44): 1 -9.
7. Ferreira DC, Gonçalves TR, Celeste RK, Olinto MTA, Pattussi MP, et al. Aspectos psicossociais e percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epid.* 2020. Mar. 3(49): 1-17.

8. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base. *Physis*. 2012. Jul. 22(3): 895-918.
9. Lamy RLR, Andrade CLT, Matta GC. Inequidades sociais e saúde bucal: Revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde*. 2020. Mar. 18(63): 82-98.
10. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien. Saúde Colet*. 2014. Jun. 19(6): 1835-1847.
11. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013. Set. 29(9): 1829-1842.
12. Silva JAN. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. *Saúde Soc*. 2007. Aug. 16(2): 111-124.
13. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. *Rev. Saúde Pública*. 2013. Out. 47(5): 905-913.
14. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz. Dental Sci*. 2011. Jul. 14(1-2): 62-66.
15. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Comm. Dent. Oral Epidemiol*. 1996. Dec. 24(6): 385-389.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2012.
17. Bitencourt FV, Corrêa HW, Toassi RFC. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. *Cien. Saúde Coletiva*. 2019. Jan. 24(1): 169-180.
18. Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2017. Ago. 33(8): 1-12.
19. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev. Odont. UNESP*. 2015. Jul. 44(2): 74-79.
20. Corrêa HW, Bitencourt FV, Nogueira AV, Toassi RFC. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. *Physis*. 2016. Jun. 26(2): 503-524.
21. Santos LM, Noro LRA; Roncalli AG; Teixeira AKM. Autopercepção sobre saúde bucal e sua relação com utilização de serviços e prevalência de dor de dente. *Rev. Cien. Plural*. 2016. 2(2): 14-27.
22. Maia LC, CSM, Martelli DRB, Caldeira AP. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social?. *Rev. Bioética*. 2020. Mar. 28(1): 173-181.
23. Probst LF, Vanni T, Cavalcante DFB, et al. Cost-effectiveness of implant-supported dental prosthesis compared to conventional dental prosthesis. *Rev. Saúde Pública*. 2019. Aug. 53(69): 1-13.

24. Farias IPS, Sousa SA, Almeida LFD, Santiago BM, Pereira AC, Cavalcanti YW. Does non-institutionalized elders have a better oral health status compared to institutionalized ones? A systematic review and meta-analysis. *Rev. Saúde Coletiva*. 2020. Jun. 25(6): 2177-2192.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo dos quilombolas, Caiana dos Crioulos, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	119	54,1
Masculino	101	45,9
Faixa Etária		
≤ 38 anos	111	50,5
> 38 anos	109	49,5
Escolaridade do Indivíduo		
≤ 8 anos de estudo	97	44,1
> 8 anos de estudo	123	55,9
Renda Familiar		
≤ R\$ 1.500	164	74,5
> R\$ 1.500	56	25,5
Autopercepção em saúde		
Alta satisfação	150	68,2
Baixa satisfação	70	31,8
Acha que necessita de tratamento dentário		
Não	43	19,5
Sim	177	80,5
Dor de dente (últimos 6 meses)		
Não	131	59,5
Sim	89	40,5
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida		
Não	6	2,7
Sim	214	97,3
Frequência da consulta		
Menos de 1 ano	98	45,8
≥ 1 ano	116	54,2
Onde consultou		
Serviço público	177	82,7
Outros	37	17,3
Dentes perdidos		
Não	57	25,9
Sim	163	74,1
Perda dentária anterior		
Não	80	49,1
Sim	83	50,9
Perda dentária posterior		
Não	2	1,2
Sim	161	98,8
Classificação da perda dentária		
Até 12 dentes posteriores	79	48,5
Até 12 dentes posteriores incluindo anteriores	22	13,5
Acima de 12 dentes	62	38,0
Uso de prótese superior		
Não	164	74,5
Sim	56	25,5
Uso de prótese inferior		

Não	196	89,1
Sim	24	10,9
Tipo de prótese superior que usa		
Fixa/Removível ou combinação	26	46,4
Prótese Total	30	53,6
Tipo de prótese inferior que usa		
Fixa/Removível ou combinação	13	54,2
Prótese Total	11	45,8
Necessita de prótese superior		
Não	86	39,1
Sim	134	60,9
Necessita de Prótese Inferior		
Não	58	26,4
Sim	162	73,6
Tipo de prótese superior necessária		
Fixa/Removível ou combinação	94	70,1
Prótese Total	40	29,9
Tipo de prótese inferior necessária		
Fixa/Removível ou combinação	138	85,2
Prótese Total	24	14,8

Tabela 2. Distribuição dos quilombolas segundo o impacto das condições de saúde bucal, Caiana dos Crioulos, 2020.

Variáveis	Impacto da condição bucal no desempenho diário			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Dimensões do OIDP				
Comer	84	38,2	136	61,8
Escovar os dentes	101	45,9	119	54,1
Estado emocional	144	65,5	76	35,5
Contexto Social	143	65,0	77	35,0
Prática de esportes	203	92,3	17	7,7
Falar	168	76,4	52	23,6
Sorrir	113	51,4	107	48,6
Estudar ou trabalhar	187	85,0	33	15,0
Dormir	46	20,9	174	79,1
OIDP total*	21	9,5	199	90,5

*OIDP total expressa a prevalência de, pelo menos, uma das situações anteriores.

Tabela 3. Distribuição do impacto da condição bucal no desempenho diário (OIDP) de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas, Caiana dos Crioulos, 2020.

Variáveis	Impacto (OIDP)				p-valor
	Alto		Baixo		
	<i>n</i>	%		%	
Sexo					
Feminino	51	42,9	68	57,1	0,031†
Masculino	58	57,4	43	42,6	
Faixa etária					
≤ 38 anos	41	36,9	70	63,1	< 0,001†
> 38 anos	68	62,4	41	37,6	
Escolaridade do indivíduo					
≤ 8 anos de estudo	57	58,8	40	41,2	0,015†
> 8 anos de estudo	52	42,3	71	57,7	
Renda familiar					
≤ R\$ 1.500	78	47,6	86	52,4	0,314†
> R\$ 1.500	31	55,4	25	44,6	
Autopercepção em saúde					
Alta satisfação	54	36,0	96	64,0	< 0,001†
Baixa satisfação	55	78,6	15	21,4	
Acha que necessita de tratamento dentário					
Não	12	27,9	31	72,1	0,002†
Sim	97	54,8	80	45,2	
Dor de dente (últimos 6 meses)					
Não	54	41,2	77	58,8	0,003†
Sim	55	61,8	34	38,2	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida					
Não	2	33,3	4	66,7	0,683‡
Sim	107	50,0	107	50,0	
Frequência da consulta					

Menos de 1 ano	43	43,9	55	56,1	0,100†
≥ 1 ano	64	55,2	52	44,8	
Onde consultou					
Serviço público	96	54,2	81	45,8	0,007†
Outros	11	29,7	26	70,3	

†Teste Qui-quadrado de Pearson

‡Teste Exato de Fisher

* $p < 0.05$.

Tabela 4. Distribuição do impacto da condição bucal no desempenho diário (OIDP) de acordo com as variáveis de edentulismo, Caiana dos Crioulos, 2020.

Variáveis	Presença de impacto (OIDP) – n (%)										
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Alto Impacto	
Dentes perdidos											
Não	25 (43,9)	23 (40,4)	10 (17,5)	11 (19,3)	2 (3,5)	3 (5,3)	17 (29,8)	3 (5,3)	36 (63,2)	14 (24,6)	
Sim	111 (68,1) ^{tb}	96 (58,9) ^{tc}	66 (40,5) ^{tb}	66 (40,5) ^{tb}	15 (9,2) [‡]	49 (30,1) ^{ta}	90 (55,2) ^{tb}	30 (18,4) ^{tc}	138 (84,7) ^{tb}	95 (58,3) ^{ta}	
Perda dentária anterior											
Não	53 (66,3)	48 (60,0)	28 (35,0)	25 (31,3)	8 (10,0)	9 (11,3)	37 (46,3)	12 (15,0)	70 (87,5)	42 (52,5)	
Sim	58 (69,9) [†]	48 (57,8) [†]	38 (45,8) [†]	41 (49,4) ^{tc}	7 (8,4) [†]	40 (48,2) ^{ta}	53 (63,9) ^{tc}	18 (21,7) [†]	68 (81,9) [†]	53 (63,9) [†]	
Perda dentária posterior											
Não	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	110 (68,3) [‡]	95 (59,0) [‡]	66 (41,0) [‡]	66 (41,0) [‡]	15 (9,3) [‡]	49 (30,4) [‡]	89 (55,3) [‡]	30 (18,6) [‡]	138 (85,7) ^{tc}	95 (59,0) [‡]	
Classificação da perda dentária											
Até dentes posteriores	12	53 (67,1)	48 (60,8)	28 (35,4)	25 (31,6)	8 (10,1)	9 (11,4)	37 (46,8)	12 (15,2)	70 (88,6)	42 (53,2)
Até dentes	12	19 (86,4)	15 (68,2)	9 (40,9)	11 (50,0)	2 (9,1)	7 (31,8)	14 (63,6)	7 (31,8)	18 (81,8)	16 (72,7)

Fixa/Removível ou combinação	8 (61,5)	7 (53,8)	5 (38,5)	7 (53,8)	2 (15,4)	3 (23,1)	6 (46,2)	4 (30,8)	11 (84,6)	8 (61,5)
Prótese Total	6 (54,5) [‡]	4 (36,4) [†]	5 (45,5) [‡]	7 (63,6) [‡]	1 (9,1) [‡]	5 (45,5) [‡]	4 (36,4) [‡]	1 (9,1) [‡]	7 (63,6) [‡]	6 (54,5) [‡]
Necessita de prótese superior										
Não	41 (47,7)	36 (41,9)	17 (19,8)	20 (23,3)	7 (8,1)	6 (7,0)	27 (31,4)	5 (5,8)	59 (68,6)	26 (30,2)
Sim	95 (70,9) ^{tb}	83 (61,9) ^{tb}	59 (44,0) ^{ta}	57 (42,5) ^{tb}	10 (7,5) [†]	46 (34,3) ^{ta}	80 (59,7) ^{ta}	28 (20,9) ^{tb}	115 (85,8) ^{tb}	83 (61,9) ^{ta}
Necessita de prótese inferior										
Não	25 (43,1)	21 (36,2)	8 (13,8)	9 (15,5)	2 (3,4)	3 (5,2)	14 (24,1)	1 (1,7)	34 (58,6)	11 (19,0)
Sim	111 (68,5) ^{tb}	98 (60,5) ^{tb}	68 (42,0) ^{ta}	68 (42,0) ^{ta}	15 (9,3) [‡]	49 (30,2) ^{ta}	93 (57,4) ^{ta}	32 (19,8) ^{tb}	140 (86,4) ^{ta}	98 (60,5) ^{ta}
Tipo de prótese superior necessária										
Fixa/Removível ou combinação	71 (75,5)	64 (68,1)	43 (45,7)	36 (38,3)	10 (10,6)	23 (24,5)	55 (58,5)	26 (27,7)	85 (90,4)	60 (63,8)
Prótese Total	24 (60,0) [†]	19 (47,5) ^{tc}	16 (40,0) [†]	21 (52,5) [†]	0 (0,0) ^{pc}	23 (57,5) ^{ta}	25 (62,5) [†]	2 (5,0) ^{tb}	30 (75,0) ^{tc}	23 (57,5) [†]
Tipo de prótese inferior necessária										
Fixa/Removível ou	95 (68,8)	87 (63,0)	56 (40,6)	54 (39,1)	14 (10,1)	36 (26,1)	80 (58,0)	30 (21,7)	122 (88,4)	83 (60,1)

combinação										
Prótese Total	16 (66,7) [†]	11 (45,8) [†]	12 (50,0) [†]	14 (58,3) [†]	1 (4,2) [‡]	13 (54,2) ^{†b}	13 (54,2) [†]	2 (8,3) [‡]	18 (75,0) [‡]	15 (62,5) [†]

[†]Teste Qui-quadrado de Pearson

[‡]Teste Exato de Fisher

^a $p < 0,001$

^b $p < 0,01$

^c $p < 0,05$

Tabela 5. Modelo de regressão múltipla de Poisson, de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de edentulismo, Caiana dos Crioulos, 2020.

Variáveis	Alto impacto			
	RP Bruta (IC _{95%})	p-valor	RP Ajustada (IC _{95%})	p-valor
Sexo				
Feminino	1		1	0,089
Masculino	1,340 (1,026-1,750)	0,032	1,231 (0,969-1,563)	
Faixa etária				
≤ 38 anos	1	< 0,001	1	0,260
> 38 anos	1,689 (1,272-2,242)		1,211 (0,868-1,691)	
Escolaridade do indivíduo				
≤ 8 anos de estudo	1,390 (1,066-1,812)	0,015	0,909 (0,673-1,229)	0,537
> 8 anos de estudo	1		1	
Autopercepção em saúde				
Alta satisfação	1	< 0,001	1	< 0,001
Baixa satisfação	2,183 (1,707-2,791)		1,666 (1,269-2,188)	
Acha que necessita de tratamento dentário				
Não	1	0,008	1	0,408
Sim	1,964 (1,193-3,233)		1,220 (0,762-1,954)	
Dor de dente (últimos 6 meses)				
Não	1	0,002	1	0,187
Sim	1,499 (1,154-1,948)		1,177 (0,924-1,499)	
Frequência da consulta				
Menos de 1 ano	1	0,106	-	-
≥ 1 ano	1,257 (0,953-1,660)			
Onde consultou				
Serviço público	1,824 (1,092-3,049)	0,022	1,742 (1,146-2,649)	0,009
Outros	1		1	
Dentes perdidos				
Não	1	< 0,001	1	0,297
Sim	2,373 (1,478-3,809)		0,676 (0,324-1,411)	
Perda dentária anterior				
Não	1	0,146	-	-
Sim	1,216 (0,934-1,584)			
Necessita de prótese superior				
Não	1	< 0,001	1	0,770
Sim	2,049 (1,448-2,900)		1,065 (0,698-1,625)	
Necessita de prótese inferior				
Não	1	< 0,001	1	0,006
Sim	3,190 (1,847-5,508)		3,030 (1,383-6,638)	

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança; *p<0,05.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assunto “saúde de quilombolas” é recente, apesar da ascensão no número de publicações de pesquisadores brasileiros que fazem a interconexão raça/cor com a saúde, os estudos que analisam a saúde dessas comunidades são consideravelmente escassos. Desse modo, há muito o que debater e avançar neste caminho, sendo preciso ampliar as discussões sobre o direito à saúde, levando-se em conta que o seu acesso, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas por sua condição étnica.

Apesar da prevalência de cárie e necessidade de tratamento ter sido consideravelmente alta, o edentulismo e a necessidade de tratamento protético, configuraram o perfil de saúde desta população, assemelhando-se a outros perfis de comunidades rurais. O tamanho da amostra deste estudo, mesmo não sendo planejado para testar possíveis diferenças entre populações, não compromete as possíveis comparações que podemos realizar. O fato é que, a comunidades rurais, sejam elas quilombolas ou não, nos relatam uma reduzida oferta dos serviços, e mesmo havendo a procura, as suas práticas ainda são voltadas à recuperação, o que torna necessário um redirecionamento do processo de trabalho, a fim de criar suporte para a atenção integral à saúde e para as necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Ao tentar verificar possíveis relações entre os agravos bucais e as características socioeconômicas, de percepção de saúde, morbidade bucal autoreferida e acesso à serviços odontológicos. Este estudo incentiva o desenvolvimento de investigações que problematizem a associação dos agravos bucais com o cenário individual e contextual que esta população está inserida. Em síntese, é preciso investimentos maiores na sensibilização dos gestores, responsáveis e cirurgiões-dentistas, quanto a necessidade de profissionais multidisciplinares e capacitados, que desenvolvam políticas públicas de saúde específicas, como a melhora da mão de obra especializada na efetividade do tratamento e recuperação, tal como, estratégias de promoção e prevenção para as desordens que apresentarem uma maior prevalência.

RERERÊCIAS

1. ALHAMMADI, M. S. et al. C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 23, n. 6, p. 41-50, Dec. 2018.

2. ALLEN, P. F. Assessment of oral health related quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, United Kingdom, v.1, n. 40, Sept. 2003.

3. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**, 4^a ed. Oxford: Blackell Munksgaard, 2007.

4. BASTOS, J. L., CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. **J. Dental Research**, [S.l.], v. 97, n. 8, p. 878–886, Jul. 2018.

5. BAUMAN, J. M. et al. Epidemiological pattern of malocclusion in Brazilian preschoolers. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3861-3868, Nov. 2018.

6. BERNHARDT, O. et al. New Insights in the Link Between Malocclusion and Periodontal Disease. **J. clin. periodontology**, [S. l.], n. 46, v. 2, p. 144-159, Feb. 2019.

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

8. BEZERRA, V. M. et al. Health survey in Quilombola communities (descendants of Afro-Brazilian 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 06, p. 1835-1847, Jun. 2014.

9. BOING, A.F. et al. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 2, p. 102-115, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000600102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2018.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010**: Resultados principais. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Divisão Nacional de Saúde Bucal**. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v1n2/08.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.
12. 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: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.
13. BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, p. 62, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>> Acesso em: 06 mar. 2019.
14. 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: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf> Acesso em: 12 set. 2018
15. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. **Regulamenta O Procedimento Para Identificação, Reconhecimento, Delimitação, Demarcação e Titulação das Terras Ocupadas Por Remanescentes das Comunidades dos Quilombos de Que Trata O Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 227-421. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 25 jul. 2018.
16. 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: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm>. Acesso em: 25 jul. 2018.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Homepage do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Brasília, DF. 2006. Disponível em: <<https://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Divisão Nacional de Saúde Bucal**. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986. Brasília, DF, p.137, 1988. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

19. BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Art. 68**: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Ministério da Justiça, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/ADC1988_12.07.2016/art_68_.asp>. Acesso em: 12 out. 2018.

20. BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Artigo 196**. Presidência da República, Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf> Acesso em: 06 mar. 2019.

21. BRASIL. Territórios da Cidadania. **Programa Territórios da Cidadania**. Matriz de Ações do Governo Federal / Ministério da Saúde, Funasa/MS, 2005. Disponível em: <www.territoriosdacidadania.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2018.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 52, p. 01-50, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

23. 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.

24. CONS, N. C. et al. Utility of the dental aesthetic index in industrialized developing countries. **J. Public Health Dent**, Raleigh, v. 49, n. 3, p. 163-169, Summer, 1989.
25. COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, jan. 2000.
26. COIMBRA JÚNIOR, C. E. et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, [S.l.], v.13, n.52, p.1-19, Jan. 2013.
27. 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015.
28. 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. **Rev. Katálysis**, [S.l.], v.13, n.1, p.133-139, Jan. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626720/pdf/1471-2458-13-52.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018.
29. CARDOSO, L. F. C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Rev. Est. Pesq. Educ**, Juiz de Fora, v. 12, n.1, p.11-20, jan. 2010.
30. CRUZ, I. C. F. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1767-1769, dez. 2004.
31. DIEBOLD, S.; OVERBECK, M. Soft Tissue Disorders of the Mouth. **Emerg. Med. Clin. North Am.**, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 55-68, feb. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862718300932?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 Oct. 2018.
32. DYE, B. A.; HSU, K. L.; AFFUL, J. Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children. **Pediatr. Dentistr.**, Chicago, v. 37, n. 3, p. 200-216, Jun. 2015.

33. 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. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 30, p.1-10, Jun. 2018.
34. FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, Oct. 2011.
35. GLOBAL BURDEN OF DISEASES. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, London, UK, v. 390, n. 10100, p. 1211-1259, Setp. 2017.
36. GIOVANETTI, M. R. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 163-170, ago. 2007.
37. GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1829-1842, set. 2013.
38. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Alagoa Grande: IBGE, 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/alagoa-grande/panorama>>. Acesso em: 06 jun. 2018.
39. 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. 2019.
40. 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. 2019.
41. JENNY, J.; CONS, N. C. Establishing malocclusion severity levels on the dental aesthetic index (DAI) scale. **Aust. Dent. J.**, Richmond, v. 41, n. 1, p. 43-46, Feb. 1996.

42. 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.
43. KERN, M. et al. Ten-year outcome of zirconia ceramic cantilever resin-bonded fixed dental prostheses and the influence of the reasons for missing incisors. **J. dentistry**, Kiel, v. 65, n.1, p. 51-55, Oct. 2017.
44. KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am. J. Public Health**, Washington, DC, v. 93, p. 194-199, Feb. 2003.
45. LAGUARDIA, J. O Uso da Variável "Raça" na Pesquisa em Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-234, jul. 2004.
46. LEITE, B. I. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 333-354, nov. 2000.
47. 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.
48. 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.
49. MATHUR, V. P.; DHILLON, J. K. Dental caries: a disease which needs attention. **Indian J. Pediatr.**, [S.l.], v. 85, v. 3, p. 202-206, mar. 2018.
50. MARTINS, L. P. et al. Malocclusion and social vulnerability: a representative study with adolescents from Belo Horizonte, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 393-400, Fev. 2019.
51. 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. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 193-197, dez. 2007.

52. MEDEIROS, D. S. et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 905-913, out. 2013.
53. MESQUITA, F; VIEIRA, S. Impacto da condição de autoavaliação de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO**, Campinas, SP, v. 57, n. 4, p. 401-406, dez. 2009.
54. 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-1382, ago. 2010.
55. MELLO, F. C. et al. Uso e Necessidade de Prótese Dentária em Idosos de Londrina, Paraná. **J. Health Sci.**, Londrina, v. 18, n. 4, p. 215-220, dez. 2017.
56. MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1493-1497, out. 2009.
57. MURAKAMI, K. et al. Socioeconomic Inequalities in Oral Health among Middle-Aged and Elderly Japanese: NIPPON DATA 2010. **J. epidemiology**, v. 28, supl. 3, p. 59-65, Mar. 2018.
58. NARVAI, P. C. et al. Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 647-670, abr. 2010.
59. NARVAI, P. C. et al. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-21, mar. 2006.
60. NARVAI, P. C. et al. O Brasil e as metas OMS-2000. **Rev. ABO Nac.** [S. l.], v. 7, n. 6, p. 374-377, 2000.
61. NARVAI, P. C. et al. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 141-147, Aug. 2006.
62. NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 abr. 2018.

63. ØZHAYAT, E. B.; GOTFREDSEN, K. Patient-reported effect of oral rehabilitation. **J. Oral Rehabil.** Copenhagen, DK, v. 1, n. 8, p.1-8, Dec. 2019.
64. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Oral Health Surveys. Basic Methods.** 5ª ed. Geneva: WHO, 2013.
65. PARE, M. L.; OLIVEIRA, L. P.; VELLOSO, A. D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos Em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO). **Cad. Cedes**, Campinas, SP, v. 27, n. 72, p. 215-232, ago. 2007.
66. PERES, M. A. et al. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. **J. Clinical Periodontology**, Florianopolis, SC, n. 34, v. 3, p. 196–201, Jan. 2007.
67. PERES, K. G.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Epidemiological pattern of severe malocclusions in Brazilian adolescents. **Rev. de Saúde Pública**, n. 47, v. 3, p. 109-117, Dec. 2013.
68. PIMENTA, A. C. M. **Prevalência de má-oclusão e fatores associados numa população pré-escolar do concelho de Lisboa.** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2018. 67 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Programa de Pós-graduação em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, : Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.
69. RADKE, L. M. **Complications in Anesthesia: Dental injuries.** ed. 2. Philadelphia: Saunders, 2007. p. 1040. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/dental-prosthesis>> Acesso em: 04 de fev. 2019.
70. RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, mar. 2006.
71. RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev. Bras. Odont. em Saúde Coletiva**, [S.l.] n. 1, v. 2, p. 09-25, 2000.

72. RONCALLI, A. G. **Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil.** In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 32-48.
73. SCHOENTHALER, A.; HASSAN, I.; FISCELLA, K. The time is now: Fostering relationship-centered discussions about patients' social determinants of health. **Patient Educ. and Couns.** Amsterdam, n. 102, v. 11, p. 1-5, Nov. 2018.
74. SILMAN, A. J.; MACFARLANE, G. J.; MACFARLANE, T. *Epidemiological studies: a practical guide.* 3. ed. Oxford, UK, **Oxford University Press**, 2018 p. 304.
75. 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. **Rev. Nutr.**, Campinas, SP, v. 21, supl. p. 83s-87s, ago. 2008.
76. SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev. Identidade**, [S.l.], v.15, n.1, p.51-64, 2010.
77. SOUZA, D. S. et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p.7-29, 2001.
78. SILVA, M. E. A. et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. **Braz. Dent. Sci.**, São José dos Campos, SP, v. 14, n. 1-2, p.62-66, jul. 2011.
79. SILVA, J. A. N. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, Aug. 2007.
80. SOUZA J. G. S. et al. Contextual and Individual Determinants of Root Caries in Older People. **Caries Res.**, [S.l.], n. 52, v. 3, p. 253-261, Jan. 2018.
81. TIWARI, T.; PALATTA, A. M. An Adapted Framework for Incorporating the Social Determinants of Health into Predoctoral Dental Curricula. **J. Dent. Educ.**, [S.l.] n. 83, v. 2, p.127-136, Feb. 2019. Disponível em: <<http://www.jdentaled.org/content/jde/83/2/127.full.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2019.

82. VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. *Epidemiologia para os Municípios*. 2ª Ed. São Paulo: **Editora Hucitec**. 1997, p. 182.
83. VETTORE, M. V. et al. Socio-economic status, social support, social network, dental status, and oral health reported outcomes in adolescents. **Eur. J. Oral Sci.**, Singapore, v. 1, n.1, p.1–8, Jan. 2019.
84. XIAO, J. et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Caries Res.**, n. 10, v. 1, p. 1-11, Jan. 2019.
85. ZHAO, J.; WANG, X. **Advanced Ceramics for Dentistry: Dental Prostheses**. ed. 1. Waltham, MA: Butterworth-Heinemann, 2014, p. 23-49. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/dental-prosthesis>> Acesso em: 04 Feb. 2019.
86. WHO. World Health Organization. About social determinants of health. Disponível em: <https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/> Acesso em: 03/02/2019.
87. WHO. World Health Organization. Oral Health. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health.>> Acesso em: 02/02/2019.
88. WHO. World Health Organization. Prevalence of noncommunicable disease and injury risk factors-2013. Disponível em: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Mongolia_2013_STEPS_Report.pdf - 7mb> Acesso em: 04/02/2019.
89. WHO. World Health Organization. Social Determinants of Health. Disponível em:<http://www.who.int/social_determinants/en/> Acesso em: 12/01/2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores que 18 anos, legalmente capazes)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da Pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, BRASIL”**.

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

O trabalho **“Avaliação das condições de saúde bucal da população de remanescentes quilombolas de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil”**, terá como objetivo geral, avaliar os principais agravos bucais que acometem a população remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos.

Este trabalho tem por objetivo específico determinar a prevalência da cárie dentária, do traumatismo dentário, de más oclusões e a necessidade e uso de próteses dentária em indivíduos quilombolas de Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. Será realizado um estudo de corte transversal com amostra probabilística aleatória simples, composta por 292 indivíduos, com idade entre 12 e 65 anos, cadastrados no E-SUS. As informações socioeconômicas serão obtidas através de um questionário enquanto os dados clínicos por meio do exame clínico. Os exames intraorais serão realizados por um pesquisador calibrado, sendo registradas informações sobre a presença de cárie dental, de traumatismo dentário, *a prevalência e severidade da maloclusão, bem como a necessidade e uso de próteses dentais.*

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) 9. 9918-2808; (83) 3344-5301** ou o E-mail: **italloins@hotmail.com** com **Ítallo Lins Paes de Araújo**.

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: _____

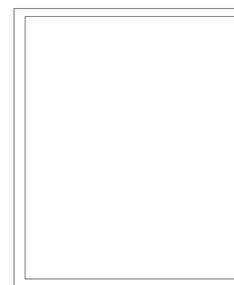
Endereço: _____

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: _____

Ítallo Lins Paes de Araújo

Alagoa Grande, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(LEGALMENTE INCAPAZES)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(OBSERVAÇÃO: Utilizado para o caso de pessoas menores que 18 anos e/ou consideradas legalmente incapazes).

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos, autorizo a participação do (a) _____, de _____ anos, na Pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, BRASIL”**.

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

O trabalho **“Avaliação das condições de saúde bucal da população de remanescentes quilombolas de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil”**, terá como objetivo geral, avaliar os principais agravos bucais que acometem a população remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos.

Este trabalho tem por objetivo específico determinar a prevalência da cárie dentária, do traumatismo dentário, de más oclusões e a necessidade e uso de próteses dentária em indivíduos quilombolas de Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. Será realizado um estudo de corte transversal com amostra probabilística aleatória simples, composta por 292 indivíduos, com idade entre 12 e 65 anos, cadastrados no E-SUS. As informações socioeconômicas serão obtidas através de um questionário enquanto os dados clínicos por meio do exame clínico. Os exames intraorais serão realizados por um pesquisador calibrado, sendo registradas informações sobre a presença de cárie dental, de traumatismo dentário, *a prevalência e severidade da maloclusão, bem como a necessidade e uso de próteses dentais.*

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que **seja realizado 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 Responsável legal do menor participante da pesquisa 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) 9. 9918-2808; (83) 3344-5301** ou o E-mail: **italloins@hotmail.com** com **Ítallo Lins Paes de Araújo**.

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 Responsável: _____

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: _____
Ítallo Lins Paes de Araújo

Alagoa Grande, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(LEGALMENTE INCAPAZES)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

(OBSERVAÇÃO: Utilizado para o caso de crianças de 12 anos e/ou adolescentes de 12 a 18 anos incompletos)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, BRASIL”**. Neste estudo pretendemos avaliar os principais agravos bucais que acometem a população remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos.

Este trabalho tem por objetivo específico determinar a prevalência da cárie dentária, do traumatismo dentário, de má oclusões e a necessidade e uso de próteses dentária em indivíduos quilombolas de Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba. Será realizado um estudo de corte transversal com amostra probabilística aleatória simples, composta por 292 indivíduos, com idade entre 12 e 65 anos, cadastrados no E-SUS. As informações socioeconômicas serão obtidas através de um questionário enquanto os dados clínicos por meio do exame clínico. Os exames intraorais serão realizados por um pesquisador calibrado, sendo registradas informações sobre a presença de cárie dental, de traumatismo dentário, *a prevalência e severidade da maloclusão, bem como a necessidade e uso de próteses dentais.*

Para este estudo adoraremos os seguintes procedimentos: **preenchimento de um formulário e a realização de exame intrabucal no voluntário**. Para participar deste estudo, **o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento**.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Para efeito deste termo, considera-se vulnerabilidade como sendo o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido).

Este termo foi elaborado em conformidade com o Art. 228 da Constituição Federal de 1988; Arts. 2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art. 27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts. 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o poderei contatar a equipe científica no número **(83) 9. 9918-2808; (83) 3344-5301** ou o E-mail: **italloins@hotmail.com** com **Ítallo Lins Paes de Araújo**. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante: _____

Nome legível: _____

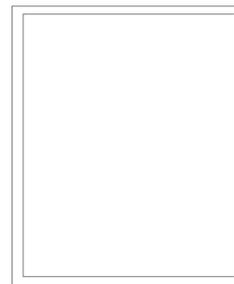
Endereço: _____

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: _____

Ítallo Lins Paes de Araújo

Alagoa Grande, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE D – FICHA CLÍNICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, BRASIL.



Nº de ID:	
Data:	
ID Local:	

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA:

1. Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa?

Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

--	--

2. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?

Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

--	--

3. Quantos bens tem em sua residência?

Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, microcomputador e número de carros.

Varia de 0 a 11 bens.

Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

--	--

4. No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

1 – Até 250; 2 – De 251 a 500; 3 – De 501 a 1.500; 4 – De 1.501 a 2.500;
5 – De 2.501 a 4.500; 6 – De 4.501 a 9.300; 7 – Mais de 9.500.

Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

--

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS:

5. Até que série o sr(a) estudou?

Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

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

0 – Não; 1 – Sim. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

7. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?

0 – Não; 1 – Sim; 8 – Não se aplica.

Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

8. Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa sem dor e 5 (cinco) uma dor muito forte.

1	2	3	4	5
SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA

9. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?

0 – Não; 1 – Sim. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

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

1 – Menos de um ano; 2 – De um 1 a 2 anos; 3 – Três anos ou mais;

8 – Não se aplica. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

11. Onde foi a sua última consulta?

1 – Serviço público; 2 – Serviço particular; 3 – Plano de saúde; 4 – Outros;

8 – Não se aplica. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

12. Qual o motivo da sua consulta?

1 – Revisão, prevenção ou check-up; 2 – Dor; 3 – Extração;

4 – Tratamento; 5 – Outros; 8 – Não se aplica.

Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

13. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?

1 – Muito bom; 2 – Bom; 3 – Reguçar; 4 – Ruim; 5 – Não se aplica.

Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE

14. Com relação aos seus dentes / boca o sr(a) está:

1 – Muito satisfeito; 2 – Satisfeito; 3 – Sem satisfeito, nem insatisfeito;
4 – Insatisfeito; 5 Muito insatisfeito.

Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

15. O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?

0 – Não; 1 – Sim. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

16. Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?

0 – Não; 1 – Sim. Marcar 9 para “não sabe / não respondeu”.

16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquido gelado ou quente?

16.2. Os seus dentes o incomodam ao escovar?

16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?

16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?

16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?

16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?

16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?

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

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
 DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA
 GRANDE, PARAÍBA, BRASIL.**



Nº de ID:	
Data:	
ID Local:	

FICHA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME CLÍNICO INTRABUCAL.

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos completos:

--	--

Sexo biológico:

1 – Masculino; 2 – Feminino.

--

Melanoderma (Cor / Raça):

1 – Sim; 2 – Não.

--	--

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 66-74 anos

Uso de Prótese:

Sup.	Inf.

Necessidade de Prótese:

Sup.	Inf.

TRAUMATISMO DENTÁRIO

12 anos

Anteriores superiores:

12	11	21	22

Anteriores inferiores:

42	41	31	32

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

12 e 15 a 19 anos

ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

Dentição:

Nº de incisivos, caninos e pré-molares perdidos	

Oclusão:

Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	Mordida aberta vertical anterior em mm	Relação molar anteroposterior

Espaço:

Apinhamento na região de incisivos	Espaçamento na região de incisivos	Diastemas em mm	Desalinhamento maxilar anterior em mm	Desalinhamento mandibular anterior em mm

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários.

Índice CPO-D:

→					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	↘		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Coroa Trat.	
←					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	←		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Coroa Trat.	

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Campina Grande, 27 de fevereiro de 2019.

Ilmo. Sr.
André Fernandes da Silva
 Secretário Municipal de Saúde

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para realizar a pesquisa na Comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande - PB, para fins de desenvolvimento da tese, intitulada “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA**” do mestrando **Ítallo Lins Paes de Araújo**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

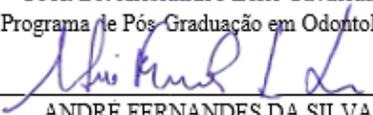
Este trabalho tem por objetivo determinar a prevalência da cárie dentária, do traumatismo dentário, a presença de más oclusões e a necessidade e uso de próteses dentária para a comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas, constituindo o primeiro estudo na região sobre o tema. Solicito sua autorização para realizar a pesquisa na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos e o teste piloto na comunidade quilombola Caiana dos Mares, à qual encontram-se ligada administrativamente ao município.

Informamos que a realização desse estudo não trará custos para esta secretaria. Saliaremos, ainda que em retorno, forneceremos os resultados desta pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Certos de que teremos a vossa atenção, agradecemos antecipadamente.

Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti
 Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Autorizo, _____


ANDRÉ FERNANDES DA SILVA
 SECRETARIO DE SAUDE

Alagoa Grande, 11 de março de 2019.

Sala: 310, Central de Integração Acadêmica de aulas da UEPB
 Rua Domitila Cabral de Castro S/N – CEP: 58.429-570
 Bairro Universitário (Bodocongó)
 Campina Grande – PB

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CÔNSCIO DA INTENÇÃO DE PESQUISA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu, **André Fernandes da Silva**, portador do RG nº 1.873.108 SSP/DF e do CPF nº 760.139.104-30, residente na Rua Padre Belízio nº 41, na cidade de Alagoa Grande, Paraíba, na qualidade de Secretário(a) Municipal de Saúde da cidade de Alagoa Grande, PB, estando ciente da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação das condições de saúde bucal da população de remanescentes quilombolas de Alagoa Grande, Paraíba.”, desenvolvida pelo aluno Ítallo Lins Paes de Araújo, do Curso de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba sob a orientação da professor Alessandro Leite Cavalcanti, **DECLARO NÃO HAVER REGISTRO DE OUTROS PROJETOS DE PESQUISAS QUE ABORDEM A MESMA TEMÁTICA NESTA AERA.**


ANDRÉ FERNANDES DA SILVA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Alagoa Grande, 11 de março de 2019.

Rua Gedeão Amorim, nº 133, Centro
CEP: 58.388-000 - Alagoa Grande/PB
Telefone: (83) 3273-2240

ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.

Pesquisador: ITALLO LINS PAES DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12020919.9.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.272.910

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal com abordagem direta. O projeto é relevante e apresenta boa justificativa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os principais agravos bucais que acometem a população remanescente de quilombo de Caiana dos Crioulos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa poderá apresentar riscos mínimos, mas o sujeito da pesquisa terá participação voluntária e assinará o TCLE. As informações serão utilizadas para fins acadêmicos. Apresenta como benefício, o levantamento epidemiológico de uma população pouco assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, uma vez que tenciona fazer o levantamento epidemiológico das condições bucais de uma população que tem pouca assistência a saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

O projeto apresenta uma metodologia bem estruturada, condizente com a proposta do estudo.

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@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E**



Continuação do Parecer: 3.272.910

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências relacionadas aos termos de apresentação obrigatórios. Está aprovado salvo melhor entendimento.

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_1337276.pdf	16/04/2019 22:31:27		Aceito
Outros	declaracoes_orientador.pdf	16/04/2019 22:03:45	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
Outros	ficha_clinica.pdf	16/04/2019 21:59:51	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
Outros	declaracao_municipal.pdf	16/04/2019 21:56:12	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
Outros	auto.pdf	16/04/2019 21:54:46	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_incapazes.pdf	16/04/2019 21:41:35	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_incapazes.pdf	16/04/2019 21:39:50	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_capazes.pdf	16/04/2019 21:33:22	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_PDF.pdf	16/04/2019 21:28:36	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/04/2019 21:27:48	ITALLO LINS PAES DE ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.272.910

CAMPINA GRANDE, 18 de Abril de 2019

Assinado por:
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(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@uepb.edu.br

Página 03 de 03

ANEXO D – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO.

1. INFORMAÇÕES GERAIS

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

2. CATEGORIAS DE ARTIGOS: ARTIGOS ORIGINAIS

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

- **Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP. Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação. O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

- **Organização do manuscrito**

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

- **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

- **Dados de identificação dos autores (cadastro)**

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. CONFLITO DE INTERESSES

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

5. DECLARAÇÕES E DOCUMENTOS

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP. O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

6. PREPARO DO MANUSCRITO

- **Título no idioma original do manuscrito**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

- **Título resumido**

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

- **Descritores**

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

- **Resumo**

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

- **Estrutura do texto**

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências – Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Tabelas – Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros – Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras – As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. CHECKLIST PARA SUBMISSÃO

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.

8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação.
É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi.
Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. PROCESSO EDITORIAL

a) Avaliação

Pré-análise: o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não.

Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias. Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. TAXA DE PUBLICAÇÃO

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa a fim de garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa. Após aprovação do artigo, os autores deverão aguardar o envio da fatura proforma com as informações sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa.

