



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS,
RS.**

JOELMA NUNES DE FREITAS

2018



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS,
RS.**

**JOELMA NUNES DE FREITAS
Mestranda**

**PROF. DR. SILVIO OMAR MACEDO PRIETSCH
Orientador**

**MESTRE ADRIANA CAMERINI
Coorientador**

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

JOELMA NUNES DE FREITAS

**EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS,
RS.**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Silvio Omar M. Prietsch

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

JOELMA NUNES DE FREITAS

**EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS,
RS.**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Silvio Omar M. Priestsch
Orientador

Prof. Dr. Alexandre Emídio Silva
Examinador externo –Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Rodrigo Meucci
Examinador interno

Prof. Dr. Raul Mendonça Sassi
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, pela força da vida, pela benção da saúde e pela luz. Acredito que Ele deve gostar muito de mim, pois sempre envia anjos para guiar o meu caminhar.

Agradeço especialmente aos meus pais João e Maria Freitas, pelo incentivo e por me mostrar que através da educação podemos mudar o mundo.

Agradeço ao meu excelente colega de trabalho e enfermeiro Jober Buss pela sugestão de pesquisar a saúde bucal dos quilombolas.

Agradeço ao meu namorado e amigo José Cesar Teixeira Goulart, pelo apoio constante durante todo o Mestrado.

Agradeço ao coordenador do mestrado em Saúde Pública Juraci A. Cesar pela oportunidade de aprendizado.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Silvio Omar Prietsch, pela disposição em me atender em todos os momentos.

Agradeço a minha co-orientadora Ms Adriana Camerini, pela dedicação quando precisei.

Agradeço a minha banca, Prof. Dr. Rodrigo Meucci e Prof. Dr. Alexandre Emídio Silva pela disposição e sugestões para melhorar este projeto.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, pelas horas maravilhosas de convívio e aprendizagem.

Agradeço a todos entrevistadores que participaram da pesquisa: vocês foram ótimos; Enfim, o meu agradecimento a toda população quilombola de Pelotas pelo acolhimento na realização desde projeto.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASQ	Agenda Social Quilombola
ESF	Estratégia Saúde da Família
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na área da Saúde
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
IPC	Índice Periodontal Comunitário
CRQ	Comunidade Reconhecida Quilombola
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
NHANES	National Health and Nutritional Examination Surveys
OIDP	Oral Impact on Daily Performance
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PBQ	Programa Brasil Quilombola
Pnaq	Política Nacional de Alimentação Quilombola
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia de busca bibliográfica	17
Quadro 2	Condições e idades/grupos etários a serem pesquisados	33
Quadro 3	Classificação da prevalência de cárie dentária, com base nos grupos de idade 12 anos e 35 a 44 anos	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das variáveis coletadas pelo questionário	34
Tabela 2	Descrição dos materiais e seus respectivos valores	40
Tabela 3	Cronograma de Atividades	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Rio Grande do Sul, com a localização de Pelotas e quilombos	31
Figura 2	Sonda periodontal preconizada pela OMS para CPI	34

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS,

RS

Resumo

Objetivo: O objetivo desta pesquisa foi descrever aspectos relacionados à saúde bucal de comunidades quilombolas.

População alvo: Indivíduos de cinco anos ou mais, residentes nos Quilombos do município de Pelotas/RS, no ano de 2016.

Delineamento: Estudo descritivo através da aplicação de um questionário de saúde bucal. Este instrumento coletou dados sobre morbidade referida, uso de serviço odontológico, autopercepção e impactos relacionados à qualidade de vida. Foram incluídas também questões socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

Desfecho: Saúde bucal referida dos quilombolas maiores de cinco anos de Pelotas/RS.

Processo amostral: Foram incluídos todos os indivíduos maiores de cinco anos, quilombolas, do Município em estudo.

Resultados: Quinhentos e quarenta e oito indivíduos estão distribuídos em três comunidades quilombolas: Algodão, Alto do Caixão e Vó Elvira. A maior parte dos quilombolas eram homens, adultos e se autodeclararam de cor preta ou parda. Aproximadamente, 75% já foram ao dentista e utilizaram na última consulta a Unidade Básica de saúde, sendo a percepção com serviço boa ou muito boa. Quanto aos hábitos de higiene oral a maioria escovava os dentes duas ou mais vezes ao dia e não usava fio dental. A necessidade e uso de prótese aumentou com a idade. O grupo dos adultos se mostrou mais insatisfeito com sua boca/dentes (37%), tem maior impacto da saúde bucal nas atividades diárias (82,6%) e maior necessidade de tratamento odontológico (76,7%). Quando comparados entre si, o quilombo do Algodão apresentou as piores condições de moradia, socioeconômicas, comportamentais e também os piores indicadores de saúde bucal.

Conclusão: As comunidades quilombolas estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade social. Os resultados mostraram a necessidade de políticas que minimizem as consequências para a saúde bucal dos quilombolas, promovendo ações que visem aumentar o conhecimento sobre a saúde bucal e melhoria do autocuidado.

Descritores: Epidemiologia; saúde bucal; populações vulneráveis; minorias raciais; quilombolas.

ORAL HEALTH EPIDEMIOLOGY AT QUILOMBOS IN THE CITY OF PELOTAS, RS

Abstract

Objective: The purpose of this research is to describe aspects related to oral health of quilombolas communities.

Target population: Individuals aged five years old or above, resident at Quilombos in the city of Pelotas/RS, in the year of 2016.

Design: Descriptive study through the application of an oral health questionnaire. This instrument collected data on referred morbidity, use of dental service, self-perception and impacts related to quality of life. Socio-economic, demographic and behavioral issues were also included.

Outcome: Referred oral health of the quilombolas aged above five years old from Pelotas/RS.

Sampling: All quilombolas individuals aged above five years old from the city under study were included.

Results: Five hundred and forty-eight individuals are distributed in three quilombolas communities: Algodão, Alto do Caixão and Vó Elvira. Most of the quilombolas were adult men and they stated themselves of black or brownish color. About 75% have already been to a dentist and used at their last appointment the Basic Unit Healthcenter and they considered the service as good or very good. Concerning oral hygiene habits, most brushed their teeth twice a day or more and did not use dental floss. The necessity and the use of prosthesis increased with age. The group of adults was dissatisfied with their mouth/teeth (37%), having more oral health impact in their daily activities (82,6%) and a bigger necessity for dental service (76,7%). When compared among themselves, the quilombo of Algodão presented the worst living, socio-economic and behavioral conditions and the worst indications of oral health.

Conclusion: The quilombolas communities are involved in a context of social vulnerability. The results showed the need of policies which minimize the consequences for the oral health of the quilombolas, promoting actions which intend to increase the awareness about oral health and an improvement in self-care.

Keywords: Epidemiology; oral health; vulnerable populations; racial minorities; quilombolas.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1. PROJETO DE PESQUISA.....	13
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	47
3. ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL.....	50
4. NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA.....	51
5. ARTIGO.....	62
6. NOTA A IMPRENSA.....	86
7. ANEXOS.....	88
8. APÊNDICES.....	94

SUMÁRIO

I	PROJETO	13
1	Introdução	15
1.1	Revisão de Literatura	16
1.1.1	Saúde bucal	17
1.1.2	Política Nacional de Saúde Bucal	22
1.1.3	Levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal	23
1.1.4	Quilombolas	26
2	Justificativa	28
3	Objetivos	29
3.1	Objetivo geral	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	Hipóteses	
5	Metodologia	30
5.1	Delineamento	30
5.2	População alvo	30
5.3	Critérios de inclusão	31
5.4	Critérios de exclusão	31
5.5	Parâmetros preconizados pela OMS	32
5.6	Variáveis coletadas através de exame clínico	32
5.7	Variáveis coletadas através de questionário	34
5.8	Seleção e treinamento de entrevistadores	35
5.9	Logística	36
5.10	Estudo piloto	36
5.11	Controle de qualidade	37
5.12	Processamento e análise dos dados	37
5.13	Aspectos Éticos	38
5.14	Relação risco-benefício	38
5.15	Responsabilidades dos pesquisadores e da instituição	38
5.16	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	39

5.17	Monitoramento da segurança dos dados	39
6	Divulgação dos resultados	39
7	Financiamento	40
8	Cronograma	41
9	Referências	42
II	ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	47
III	RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	48
IV	NORMAS DA REVISTA	51
V	ARTIGO	62
VI	NOTA À IMPRENSA	86
VII	ANEXOS	88
7.1	Anexo1 - Ficha de exame	89
7.2	Anexo2 - Critérios para preenchimento da ficha exame clínico	90
7.3	Anexo3 - CPO-D/ceo-d	92
7.4	Anexo4 - Índice periodontal comunitário	93
VIII	APÊNDICE	94
8.1	Apêndice 1 - Questionários	95
8.2	Apêndice 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
8.3	Apêndice 3 -Termo de autorização da chefia responsável	109

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 formulou o conceito de saúde, caracterizando-a como um pleno estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como um estado de ausência de doença (Brasil, 1986). A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, é um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (Narvai PC, 2001). Assim, a situação de saúde bucal, pode expressar uma história vivida. Indivíduos pobres, com baixa escolaridade e com menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade pouco estudada nos seus aspectos estruturais (Moreira TP *et al.*, 2007). Com o objetivo de correlacionar os resultados da saúde bucal com as condições de vida, conhecer a distribuição de possíveis agravos e estudar a percepção dos envolvidos a respeito do seu estado de saúde e o grau de satisfação com os serviços disponíveis, surgiram os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (Gomes S; Amitrano C, 2005).

Os levantamentos epidemiológicos de base populacional surgiram primeiramente nos países de alta renda a partir de meados do século XX, expandindo mais tardiamente também para os países de média e baixa rendas. Os Estados Unidos iniciaram seus inquéritos no final dos anos 1950, sendo os precursores dos atuais “National Health and Nutritional Examination Surveys” (NHANES), os quais coletam, inclusive, informações de saúde bucal. Canada e países da Europa, entre eles o Reino Unido, possuem bases de dados desde os anos de 1940 (Barros, 2008).

Três grandes estudos nacionais, realizados em 1986, 1996 e 2003 foram de grande importância para a consolidação de uma base de dados relativa ao perfil epidemiológico da saúde bucal da população brasileira. Estes levantamentos indicaram importantes diferenças regionais em termos de saúde bucal tanto na ocorrência de agravos à saúde quanto na utilização dos serviços. Além disso, é importante que estes estudos façam parte estratégica da Política de Saúde a fim de que se possa verificar tendências, planejar e avaliar serviços (Brasil, 2011).

A cárie dentária é o principal problema de saúde bucal em todo mundo (Narvai PC *et al.*, 2006). Diversas medidas como a fluoretação de cremes dentais e da água de abastecimento público têm modificado, para menos, a ocorrência de cáries nas últimas décadas (Bastos RS *et al.*, 2002). Esta situação é diferente de acordo com a microrregião estudada. Essas diferenças parecem estar ligadas a situações socioeconômicas e sociais de inserção dos indivíduos, sobretudo pela dificuldade de acesso de algumas comunidades ao serviço de saúde bucal (Palmier AC *et al.*, 2008). Desde janeiro de 1999, a inclusão do campo raça/cor foi adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos sistemas de informação, a fim de facilitar a análise dos dados de vigilância epidemiológica e assistência à saúde com uma especificação racial (Brasil, 2001). A partir de 2005, todos os programas, projetos e atividades de atenção à saúde passaram a ter uma abordagem étnico-racial (Brasil, 2005b).

É interessante observar que a variável raça/cor/etnia é parte de um complexo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental, e – assim – expressa um conjunto de fatores que muitas vezes é melhor ser observada como um construto e que frequentemente não é explicado por adequado tratamento estatístico (Batista LE *et al.*, 2004). Por isso a compreensão do processo étnico deve ser construída à nível local, levando em consideração os componentes históricos e culturais de cada região (Kabad JF *et al.*, 2012).

O conhecimento da situação de saúde bucal dos quilombolas, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de ações em saúde adequadas às necessidades e aos riscos específicos de cada grupo, bem como possibilitam monitorar os agravos e avaliar as estratégias implementadas ao longo do tempo. Dessa forma, será realizado um estudo que possibilite conhecer o perfil da saúde bucal da população quilombola de Pelotas.

1.1 Revisão de Literatura

A pesquisa bibliográfica foi sistematizada através das bases de dados da PubMed, Lilacs e Google Acadêmico, no período de junho a novembro de 2015, utilizando os descritores conforme os objetivos específicos do estudo: saúde bucal,

quilombolas, inquérito de saúde bucal e populações vulneráveis. Além das bases citadas, dois livros e doze documentos governamentais e sites foram incluídos. Utilizaram-se, como critérios para seleção dos artigos filtros como idiomas inglês, português e espanhol e artigos em humanos, nos últimos 15 anos.

Após a remoção dos artigos duplicados foram selecionados 33 artigos (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia de busca bibliográfica

Base de dados	Histórico da busca e descritores	Referências encontradas	Artigos selecionados
Pubmed-Medline	Populações vulneráveis e saúde bucal	143	8
	Quilombolas	19	2
Lilacs	Populações vulneráveis e saúde bucal	206	4
	Quilombolas	109	7
Google acadêmico	Populações vulneráveis e saúde bucal	153	
	Inquéritos de saúde bucal e quilombolas 2003-2016	245	6
	“Quilombolas” e “saúde bucal” 2010-2016	283	6
Total		1158	33

1.1.1 Saúde bucal

Saúde bucal é um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (Narvai PC, 2001).

A cárie continua sendo o principal problema de saúde bucal na maioria dos países de alta e média renda, afetando entre 60 a 90% dos estudantes e praticamente todos os adultos. Um estudo prospectivo numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil, sobre determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de seis anos de idade, mostrou que variáveis de risco sociais como: baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, não frequentar a pré-escola e dieta inadequada estão associados à cárie dentária e outras doenças e agravos infantis. Estes achados nos permitem compreender melhor os determinantes da cárie dentária (Peres MA *et al.*, 2003).

Os próprios levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal de 1986, 2003 e 2010 apontam desigualdades entre grupos populacionais na distribuição da cárie dentária no Brasil. Essa desigualdade foi analisada, com relação à redução da doença na população mais jovem, ao acesso ao atendimento, à perda dentária e ao pior desfecho para a cárie dentária. Os melhores resultados apresentados nos relatórios finais, nos levantamentos, não atingem toda a população, evidenciando desigualdades por renda familiar e por região estudada. A partir de 2003, as intervenções do Estado em ações protetoras, como a adoção de critérios de equidade na destinação dos recursos na saúde e inclusão de populações em vulneração, contribuíram para redução da cárie, mas ainda de forma parcial. Também em 2006 comprovou-se redução de 61,7% do CPO-D (soma dos dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) entre 1980 a 2003 no Brasil, sendo a hipótese explicativa mais plausível a elevação no acesso a água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva (Costa SM *et al.*, 2013; Narvai PC *et al.*, 2006).

As doenças periodontais representam um grupo de condições inflamatórias e infecciosas que acometem as estruturas que envolvem e sustentam os dentes. Nos Estados Unidos, estudos demonstram prevalência de doença periodontal entre 5 e 50% para os graus moderado e grave, e variando entre 20% e 80% quando se incluiu o grau leve nas estimativas (Owens JD *et al.*, 2003).

Já no Canadá a doença periodontal grave foi observada em cerca de 10% da população adulta, enquanto cerca de 45% apresentou graus leves ou moderados, com variação conforme a idade, etnia e Sexo (Locker D; Leake JL, 1993).

A prevalência da doença periodontal leve a moderada em países europeus é menos frequente que na América do Norte, estimada em 35%. As variações na ocorrência da doença periodontal devem ser contextualizadas de acordo com o perfil demográfico e socioeconômico. Também é importante considerar as características populacionais como a epidemia de HIV, a comorbidade com diabetes, tabagismo, e o padrão de higiene bucal, que são determinantes da incidência e da progressão da doença periodontal. No Brasil estudos descritivos sobre gengivite demonstrou alta prevalência igual ou muito próxima a 100%, entretanto condições periodontais mais graves apresentaram valores entre 30 e 50% para a população geral (Antunes, 2013). O tabaco possui papel importante, especialmente no início e na progressão da

periodontite, embora ainda não seja completamente esclarecido o mecanismo etiopatogênico na evolução da doença periodontal inflamatória. Uma revisão de 2013 mostrou a ação vasoconstritora da nicotina, as alterações no sistema imunológico e o efeito citotóxico sobre as células e demais estruturas dos tecidos do periodonto (Bernardes VS *et al.*, 2013).

Desigualdade em saúde bucal é um fenômeno universal, onde os níveis mais altos dos agravos são encontrados nas áreas mais carentes, independentemente do padrão de desenvolvimento socioeconômico. Um estudo de 2010, sobre desigualdade e negação de acesso ao sistema público de saúde, mostrou que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca e que a ausência do poder público na proposição de ações efetivas de acesso à saúde tem colocado as comunidades à margem do SUS numa invisibilidade que amplia os obstáculos para sua inclusão. Além disso, um estudo sobre identificação de iniquidades raciais em saúde bucal entre grupos de pessoas adultas autodeclaradas como brancas, pretas ou pardas no Brasil, utilizando dados do SB Brasil 2002-2003, evidenciou iniquidades raciais em todos indicadores avaliados: cárie, perda dentária, dor e necessidade de tratamento, com maior vulnerabilidade da população negra em relação aos brancos (Antunes JLF; Narvai PC, 2010; Marques AS *et al.*, 2010; Guiotoku SK *et al.*, 2012).

Essas diferenças são mais evidentes quando se estuda populações mais vulneráveis. Um estudo com 797 adultos, na comunidade quilombola de Vitória da Conquista, na Bahia realizado em 2011 mostrou que a auto avaliação negativa em saúde foi de 12,5%. Após o controle de fatores de confusão, as seguintes variáveis permaneceram associadas à auto avaliação negativa de saúde: cor negra, baixa escolaridade, consumo insatisfatório de frutas e verduras, presença de doença crônica, limitações físicas, falta de apoio social e ausência de ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. O conceito de saúde para os quilombolas estudados parece estar intimamente ligado apenas à ausência de doenças, especialmente as crônicas (Oliveira SKM *et al.*, 2015; Kochergin CN; Proietti FA; César CC, 2014).

A dor de dente pode ser definida como aquela que emana dos dentes e de suas estruturas de suporte, sendo resultado de doenças como cárie, doença periodontal ou traumatismo dentário. É condição de alta prevalência variando de 12 a 39% e tem impacto significativo no indivíduo e na sociedade. Em uma comunidade quilombola de

Rondônia foi observado que para quase 60% dos examinados o motivo da consulta foi dor de dente e 48,3% necessitavam de prótese superior e 72,4% de prótese inferior (Silva MEA *et al.*, 2014; Antunes JLF; Peres MAA, 2013).

Um estudo com adolescentes escolares da rede pública de uma cidade da região metropolitana da capital do Rio Grande do Sul mostrou que as meninas tiveram maior frequência de escovação dentária, assim como aqueles estudantes que não se sentiam discriminados ou sozinhos. O uso diário de fio dental esteve associado à melhor inserção socioeconômica, à busca por serviços privados, à compreensão dos pais e à ausência de sentimentos de solidão. A frequência de utilização de serviços odontológicos e a busca por prevenção foi maior entre os de categoria socioeconômica mais alta, os que se sentiam compreendidos pelos pais e os que não costumavam consumir doces. Ainda, o baixo consumo de doces repercutiu positivamente sobre o motivo da visita aos serviços. Um estudo com escolares do Rio Grande do Sul, evidenciou que as meninas apresentaram maior frequência de escovação do que os meninos. Os jovens de menor categoria socioeconômica, os com estilo de vida sedentário e os que fumavam apresentaram menor uso diário de fio dental e consultas odontológicas anuais e, também, necessitaram de mais consultas curativas. O consumo de balas esteve associado à menor utilização de serviços odontológicos assim como o consumo de refrigerantes à maior frequência de consultas curativas. Estilo de vida saudável esteve associado com melhor hábito de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos (Freddo SL *et al.*, 2008; Davoglio RS *et al.*, 2009).

Alguns estudos mostram associação benéfica entre a utilização regular de serviços odontológicos e melhor condição de saúde bucal. Um estudo conduzido em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com 2961 indivíduos sobre o uso regular do serviço odontológico apresentou prevalência de 32,8%. As variáveis “ser do sexo feminino”, “ter idade \leq 60 anos”, “não ter companheiro”, “ter alta escolaridade”, “ter maior nível econômico”, “usar serviços privados”, “ter auto percepção de saúde bucal boa/ótima”, “não ter auto percepção de necessidade de tratamento”, “ter recebido orientação sobre prevenção” e “ter manifestado opinião favorável ao profissional” associaram-se positivamente ao “uso regular do serviço”. Ressaltando essa associação, um estudo sobre uso regular de serviço por adultos e idosos em área de

vulnerabilidade social de Porto Alegre, também aparece com ótima auto percepção de saúde: maior escolaridade, maior renda, maior utilização de serviços privados de saúde (Camargo MBJ *et al.*, 2009; Machado LP *et al.*, 2012).

A perda dentária é reflexo de um conjunto complexo de determinantes, que envolvem as características culturais, o modelo de oferta de serviços e de formação de recursos humanos e as condições de vida e de saúde das populações. Sendo a cárie a principal causa de perda dentária entre os adultos, com o avançar da idade a doença periodontal torna-se o motivo mais importante. Um estudo conduzido em uma população rural do interior do Estado de São Paulo mostrou que a perda dentária está muito aquém das metas da OMS para 2010, visto que evidenciou início precoce e aumento conforme a idade. Foram examinados 473 moradores, destes 17,8% não têm dente algum, ou seja, são edêntulos totais (8% dos pertencentes ao grupo etário de 35 a 44) e metade dos de 65 a 74 anos. Além disso, foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao número de dentes perdidos em relação à escolaridade, ao tipo de moradia e auto percepção da qualidade da fala (Saliba NA *et al.*, 2010; Barbato PR *et al.*, 2007).

Em Pernambuco, um estudo sobre fatores associados à perda dentária em adultos em áreas rurais, constatou que prevalência de pelo menos uma perda dentária foi de 91,4%. Edentulismo esteve fortemente associado à faixa etária, à auto percepção da saúde bucal e ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida (Santillo PMH *et al.*, 2014).

Na Tailândia foi desenvolvido um questionário chamado *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP) com o objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na capacidade das pessoas de realizarem suas atividades diárias, envolvendo três dimensões: impactos físicos, psicológicos e sociais. De acordo com a análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), os resultados físicos mais prevalentes foram a dificuldade de comer e o incômodo ao escovar os dentes, os resultados psicológicos foram a vergonha de sorrir ou falar e irritação ou nervosismo devido a problemas com os dentes, já os resultados relatados quanto ao domínio social foram a influência negativa nas atividades de lazer e nas atividades de estudo ou trabalho (Antunes JLF; Peres MAA, 2013).

1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal

Na década de 1980 o país estava no momento histórico da redemocratização, saindo de décadas de ditadura militar. Com o crescimento dos movimentos populares também ganhava força o movimento de Reforma Sanitária. Na segunda metade desta década, a saúde bucal foi fortemente influenciada pela corrente preventivista escandinava, o que impulsionou, no setor público, ações de prevenção individual e coletiva especialmente focada na redução da cárie dentária, com emprego de cariostáticos e selantes, bem como amplo uso do flúor. Em 1986, foi realizada a 8.ª Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu as bases para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Paralelamente foi realizada a 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), responsável pela discussão de aspectos relevantes das condições da atenção odontológica à população e afirmando a Odontologia como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Neste ano, foi criada, no Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde Bucal, responsável pelo primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal com abrangência nacional, denominado: “Brasil, Zona Urbana”. Esse levantamento permitiu a elaboração de um diagnóstico da condição de saúde bucal no País revelando uma situação preocupante (Ely HC; Queiroz D; Santos CM, 2009).

Em 1990, O SUS foi regulamentado pelas leis 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei 8142, que estabeleceram os princípios organizacionais do sistema: hierarquização, participação popular e descentralização. Nesse contexto a saúde bucal, como um direito de cidadania, foi o tema central da 2.ª CNSB (realizada em 1993), numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988. Essa segunda conferência, foi articulada junto à 9.ª Conferência Nacional de Saúde (1992). Em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, trouxe em seu relatório final a evidência de que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são um dos mais significativos sinais de exclusão social e que o enfrentamento da doença bucal exige políticas inter setoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e a universalização do acesso com a responsabilização pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, do Estado nas três esferas de governo (Brasil, 2005a).

Com o intuito de qualificar a atenção em saúde e ampliar o acesso aos serviços, a partir de 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal. Dessa forma, foram efetuadas contratações de cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), criando as equipes de saúde bucal. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, com a inserção de procedimentos mais complexos na atenção básica e a criação de uma rede de serviços em saúde bucal no SUS. O Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico o Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 (SB Brasil 2003) – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira. Entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, estão a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território para o planejamento e a atuação na Vigilância Sanitária, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença (Brasil, 2015).

O grande desafio da saúde bucal brasileira é a imensa desigualdade expressa nas condições de saúde bucal em todas as idades. Enquanto municípios de grande porte das regiões sul e sudeste expressam níveis de saúde bucal semelhantes ao dos países desenvolvidos, em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste os indicadores ainda são bastante precários (Antunes JLF; Peres MAA, 2013)

1.1.3 Levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal

As principais experiências de produção de dados em nível nacional se resumem aos três levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, realizados até 2003. Essas experiências representam o esforço do setor em nível federal de produzir dados que componham uma série histórica consistente que possa contribuir como subsídio para a elaboração e a avaliação de políticas públicas e propor modelos metodológicos razoavelmente padronizados para o Brasil. Essas três experiências expressam tanto o acúmulo técnico metodológico vivido pela saúde bucal coletiva e pela epidemiologia, quanto o desenvolvimento político do setor saúde bucal (Roncalli AG, 2006). Do ponto de vista técnico, a pesquisa de 1986 foi resultado de um acúmulo que levou à incorporação das técnicas de pesquisa com escolares para as crianças de 6 a 12 anos

e do resultado da modelagem amostral na pesquisa em domicílios, para os grupos etários de adolescentes, adultos e idosos. O levantamento de 1996 pode ser considerado como um retrocesso em relação a 1986, pois uma experiência que poderia ter sido aperfeiçoada se restringiu aos escolares de 6 a 12 anos, avaliando somente cárie dentária. Entretanto, evidenciou uma redução consistente nos índices de cárie, embora permanecessem muito elevados nas regiões do Norte e Nordeste (Roncalli AG, 2006). No inquérito de 2003, foram obtidos dados de zona urbana e rural. Além da incorporação de seis grupos etários de bebês à idosos, outros agravos foram avaliados sendo que alguns deles nunca haviam sido objetos de pesquisas de caráter nacional, como a fluorose e as oclusopatias (Antunes JLF; Peres MAA, 2013).

Em 2010, continuando o processo histórico iniciado com o Projeto SB Brasil 2003 foi desenvolvido o Projeto Saúde Bucal Brasil 2010, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Além dos índices tradicionais para aferição dos agravos bucais, também foi aplicado aos indivíduos examinados um questionário contendo questões relativas à caracterização socioeconômica, à utilização de serviços odontológicos, à morbidade bucal além de acréscimos e modificações que atendem às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), levando em conta a experiência acumulada no Brasil, em várias regiões, notadamente a partir de 1980. Foi utilizado no SB Brasil 2010 os índices CPO-D (que expressa o número de dentes cariados extraídos e obturados) para dentes permanentes e ceo-d (que expressa o número de dentes cariados com extração indicada e obturados para dentes decíduos). Para avaliar a condição periodontal foram utilizados o índice periodontal comunitário (que expressa a condição do periodonto quanto a higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa) e o índice de perda de inserção periodontal (que permite avaliar a condição da inserção periodontal) (Brasil, 2011).

Os resultados do SB Brasil (2010) mostraram que a cárie continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, apesar de ter ocorrido uma redução nos índices em relação aos estudos anteriores. A melhora dos parâmetros foi maior na análise do CPO-D aos 12 anos, mas também houve redução no número de dentes cariados e da necessidade de próteses para adolescentes e adultos. Entre os adultos foi, ainda, observada uma expressiva redução nas extrações dentárias e aumento nos

tratamentos restauradores. Com isso, o Brasil passou à categoria de país com baixa prevalência de cárie (Brasil, 2011).

Além desses grandes inquéritos, algumas pesquisas independentes têm tentado estudar, ao longo dos anos, diferentes populações do território brasileiro.

Em 2002 foram estudados 1799 adolescentes, quanto à saúde bucal, em 35 cidades do Estado de São Paulo, especialmente para avaliar a associação de doença gengival com a utilização de serviços odontológicos. Neste estudo, a prevalência de sangramento gengival à sondagem foi 21,5% e a presença de cálculo dentário foi de 19,4%. Os adolescentes do sexo masculino, negros e pardos, moradores em áreas rurais, residentes em domicílios com maior aglomeração e com menor escolaridade apresentaram duas a quatro vezes mais doença oral. Além disso, a utilização de serviços odontológicos foi significativamente associada a melhores condições de saúde gengival (sangramento e cálculo), mesmo sendo controlada para fatores demográficos, socioeconômicos e de oclusão dentária (Biazeviciii MGH, 2008).

Em 2009, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) foi o primeiro inquérito nacional em escolares, para atender aos objetivos de implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar. Na PeNSE, foram coletadas inúmeras informações, inclusive sobre saúde bucal. O módulo de saúde bucal foi composto por duas questões, referentes à frequência de escovação dentária e o relato de dor dentária. O número de escolares que declarou escovar os dentes três ou mais vezes por dia foi relativamente alto (73,6%), enquanto 16,2% declararam ter tido dor de dente nos últimos seis meses (IBGE, 2009).

Moreira RS *et al.* (2005) encontraram altos índices de CPO-D entre idosos brasileiros, através de uma revisão sistemática que estudou os problemas mais prevalente entre 1986 a 2004. Foi observado, também, um grande percentual de indivíduos sem dentes (edêntulos) e com dificuldade para acessar os serviços de saúde dentária principalmente pela baixa escolaridade e renda, mas também, pela escassa oferta destes serviços.

1.1.4 Quilombolas

Quilombo tem sua origem na palavra “*kilombo*”, do idioma Mbundu dos bantus, povos da região onde hoje é o país de Angola; e quer dizer o mesmo que acampamento ou fortaleza. No Brasil, se tornou um termo diretamente ligado ao período de trabalho escravo, para designar as comunidades em lugares de difícil acesso, onde escravos insatisfeitos com sua própria condição, fugitivos de seus senhores nos séculos. XVI, XVII e XVIII se refugiavam, se uniam e se organizavam de forma econômica, política, religiosa, social e militar, de acordo com a cultura que traziam de suas terras natais. Os primeiros quilombos brasileiros remontam ao primeiro período do Brasil Colônia sendo o mais conhecido na história do Brasil o “Quilombo dos Palmares” situado onde é hoje o município de União dos Palmares, no Estado Brasileiro de Alagoas. Os primeiros escravos chegaram aos Palmares por volta de 1580 e eram fugitivos de engenhos de produção açucareira das capitanias de Pernambuco e da Bahia. Sempre reconhecidos por sua grande habilidade militar e capacidade de organização em sociedade, os quilombolas dos Palmares resistiram por mais de 100 anos sem que fossem dominados ou dissipados. Seu principal líder foi o conhecido Zumbi, em quem, por liderança militar, o Quilombo dos Palmares teve o seu maior reconhecimento (Quilombo dos Palmares, 2015). Atualmente, com o intuito de definir essa população, consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnico-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 (Brasil, 2003). A Fundação Cultural Palmares, vinculada ao Ministério da Cultura, formaliza a existência destas comunidades, assessora juridicamente e desenvolve projetos, programas e políticas públicas de acesso à cidadania. Entretanto, a competência para titulação territorial (identificação e delimitação dos territórios), passou, a partir de 2003, a ser do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) (Fundação Palmares, 2015).

Segundo a Fundação Cultural Palmares, no Brasil existem mais de 2600 comunidades quilombolas e, em setembro de 2015, existiam 108 comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul, destas três estão em Pelotas. A Constituição

Federal de 1988 assegurou aos quilombolas o direito às terras em que vivem e o decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003, oficializou o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas embora parte dessas comunidades ainda não tivesse suas terras tituladas (Fundação Palmares, 2015). As comunidades quilombolas estão localizadas em 24 estados da Federação, sendo a maior parte nos estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. De um modo geral, os territórios de comunidades remanescentes de quilombos originaram-se em diferentes situações, tais como doações de terras realizadas a partir da desagregação da lavoura de monoculturas, como a cana-de-açúcar e o algodão, compra de terras, terras que foram conquistadas por meio da prestação de serviços, inclusive de guerra, assim como áreas ocupadas por negros que fugiam da escravidão (Brasil, 2013).

A partir de 2003 houve a intensificação de políticas sociais, com a criação de inúmeros programas e ações, como a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), o Programa Cultura Afro-brasileira, o Programa Comunidades Tradicionais, a Agenda Social Quilombola (ASQ), o Programa de Aceleração do Crescimento Quilombola (PACQ), o Programa Nacional de Alimentação Quilombola (Pnaq). Diversas ações como: Projeto de Educação “Quilombola, venha ler e escrever”, Chamada Nutricional Quilombola, Programa Saúde da Família Quilombola e o Programa Brasil Quilombola (PBQ), além de programas universais de governo que atendem às comunidades, como o Programa Luz para Todos, entre outros.

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), criado em 2004 é o principal programa de governo para as Comunidades Reconhecidas Quilombolas (CRQ's) o qual está estruturado em quatro eixos: Acesso a Terra, Infraestrutura e Qualidade de Vida, Direitos de Cidadania e Desenvolvimento econômico e social (Paula M; Heringer R, 2009).

No Rio Grande do Sul, desde os primeiros tempos da colonização, os trabalhadores escravizados resistiram ininterruptamente, ao trabalho escravo, fugindo, justicando seus senhores, suicidando-se às vezes, outras organizando quilombos e insurreições. O município de Pelotas foi um dos principais polos da resistência escrava no estado. Por volta de 1835, o quilombo liderado por Manuel

Padeiro, escravo fugitivo que liderava um grupo de quilombolas rebeldes, na Serra dos Tapes, desafiou a ordem escravista sul-rio-grandense. De modo geral, os rebeldes nunca demoravam muito tempo em um determinado local, alternando suas paradas, de forma que constituíam uma espécie de quilombo itinerante. Com o advento da Revolução Farroupilha, em 1835, as fugas de escravos tornaram-se ainda mais frequentes. Amiúde, os revolucionários farroupilhas assaltavam fazendas inimigas e libertavam os cativos que aceitassem lutar como soldados. Da mesma forma, os soldados do Império Brasileiro, libertavam escravos que acolhessem a causa imperial. A maioria dos libertos começou a se organizar em determinados territórios ou “quilombos” (Maestri M, 1995). Existem, em Pelotas, atualmente, três quilombos reconhecidos pela Fundação Cultural Palmares: Quilombo do Algodão, Quilombo Vó Elvira e Quilombo Alto do Caixão. A cidade de Pelotas, está localizada na metade sul do Rio Grande do Sul, a 250 km de Porto Alegre e a 135 km da fronteira com o Uruguai. De acordo com o censo de 2010, a população do Município era de 328.275 habitantes, destes, 22.082 eram moradores do meio rural (IBGE, 2009). A economia do município é baseada na agricultura, pecuária e comércio.

2. Justificativa

Embora existam leis que garantam os direitos dos quilombolas, eles vivenciam de fato situações de exclusão, marginalidade e discriminação e, assim, estão em posição de maior vulnerabilidade frente aos agravos de saúde. Estudos sobre a situação de saúde das comunidades quilombolas ainda são escassos no Brasil (Volochnko A, Batista LE, 2009). Apesar de possuir grandes avanços na saúde bucal nos últimos anos, o município de Pelotas apresenta escassez de dados sobre o perfil epidemiológico da saúde bucal da população quilombola, o que dificulta a implantação de políticas públicas específicas.

Com este estudo pretende-se contribuir para reverter à invisibilidade epidemiológica resultante da falta de informações e compreender melhor os aspectos ligados à saúde bucal dessa população. Estes dados possibilitarão traçar metas a fim de subsidiar programas que contemplem políticas públicas integrais junto a essa comunidade. Além disso, as informações obtidas, incluindo uso e acesso a serviços de

saúde bucal, morbidades, vulnerabilidade socioeconômica, dentre outros devem gerar um amplo diagnóstico bucal dos quilombolas de Pelotas, o que representa uma contribuição acadêmica de grande impacto e importância para essa população.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Descrever a população quilombola do município de Pelotas, RS quanto à saúde bucal.

3.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a saúde bucal dos quilombolas conforme:

- A auto percepção da saúde oral e os impactos desta no cotidiano;
- A ocorrência e a gravidade de dor de origem dentária.
- O perfil socioeconômico e demográfico;
- A necessidade de tratamento e morbidade referida;
- A utilização de serviços odontológicos;
- As variáveis comportamentais: higiene oral, dieta, tabagismo e consumo de álcool.

2. Realizar exame clínico oral da população quilombola pelos critérios diagnósticos e a metodologia utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010, preconizados pela OMS, para avaliar cárie dentária, condição periodontal e edentulismo nas seguintes idades e/ou faixas etárias:

- Aos cinco anos de idade;
- Aos 12 anos de idade;
- De 15 a 19 anos;
- De 35 a 44 anos e
- De 65 a 74 anos

4.Hipóteses

1.A prevalência de doença oral será maior nos quilombolas:

- Do sexo feminino;
- Com menor renda e baixa escolaridade;
- Que apresentarem maior consumo de álcool e tabaco;
- Que menos utilizarem os serviços preventivos;
- Que tiverem menor capacidade de autopercepção da saúde oral;
- Que apresentarem hábito de higiene oral inadequado e
- Que tiverem maior consumo de alimentos cariogênicos.

2. A prevalência de doença oral, autopercebida, regular e ruim será aproximadamente de 50%.

3. A prevalência do edentulismo entre os quilombolas idosos será de cerca de 100%.

4. Aos cinco anos a média de ceo-d será maior que 2,56 e aos 12 anos a média de CPO-D será maior de 2,17.

5. De 15 a 19 anos a média de CPO-D será maior de 4,2.

6. De 35 a 44 anos a média de CPO-D será maior de 16,3.

7. De 65 a 74 anos a média de CPO-D será maior de 27,1.

5. Método

5.1 Delineamento

Estudo descritivo com toda a população quilombola do município de Pelotas.

5.2 População alvo

Os quilombolas moradores nos três quilombos reconhecidos pela Fundação Cultural Palmares em Pelotas, RS: Quilombo do Algodão, Quilombo Vó Elvira e Quilombo Alto do Caixão.

O quilombo do Algodão, está localizado no 4º distrito, na Colônia Triunfo, distante 70 km da sede do município e faz divisa com o município de Canguçu. A população cadastrada é de 463 pessoas. Na Colônia Triunfo as famílias quilombolas da comunidade do Algodão convivem com famílias de colonos, de descendência predominantemente pomerana, que são os donos das terras usadas na plantação do fumo onde os quilombolas são empregados. Nesta localidade há uma UBS, composta por uma equipe multidisciplinar com médico, dentista e enfermeiro.

O Quilombo Alto do Caixão está localizado no 8º distrito de Pelotas, chamado Quilombo, e conta com aproximadamente 480 pessoas. A referência em saúde é a Colônia Gruppelli que possui uma UBS com médico, dentista e enfermeiro.

O Quilombo Vó Elvira pertence ao 9º distrito, chamado Monte Bonito, onde há aproximadamente 240 pessoas. A referência em saúde é a UBS Cordeiro Farias, que também possui ESF, com equipe de saúde oral.

A população quilombola total residente dos quilombos de Pelotas é de aproximadamente 1183 indivíduos.



Figura 1 - Mapa do Rio Grande do Sul, com a localização de Pelotas e quilombos.

Legenda:

- Quilombo do Algodão
- Quilombo do Alto do Caixão
- Quilombo Vó Elvira

5.3 Critérios de inclusão

Todos os indivíduos cadastrados pela Fundação Palmares como quilombolas e moradores nos quilombos do município de Pelotas.

5.4 Critérios de exclusão

Todos os indivíduos que apresentarem algum impedimento físico e/ou mental para responderem a entrevista e/ou participarem do exame clínico oral.

5.5 Parâmetros preconizados pela OMS

Os parâmetros preconizados pela OMS dividem a abordagem em idades índices e grupos etários devido a características observadas em cada grupo (WHO, 1997):

- Cinco anos: Aos cinco anos é observado o nível de cárie na dentição decídua. Além disso, nesta idade, podem ser observadas mudanças em um período de tempo menor que na dentição permanente.
- 12 anos: Esta idade foi escolhida como monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença, pois reflete as primeiras manifestações de cárie logo no começo da dentição permanente.
 - Grupo de 15 a 19 anos: Aos 15 anos os dentes permanentes já estão expostos ao ambiente por três a nove anos, e é possível verificar, além de cáries a presença de doenças periodontais: No estudo SB Brasil 2010 foi adotada a faixa etária de 15 a 19 anos a fim de padronizar os delineamentos utilizados no Brasil (Brasil, 2011).

- Grupo de 35 a 44 anos: É a faixa utilizada como padrão para avaliar das condições de saúde bucal em adultos.
- Grupo de 65 a 74 anos: Utilizado para avaliar a saúde bucal em idosos.

5.6 Variáveis coletadas através de exame clínico

Será realizado exame clínico em todas as crianças de cinco anos (de cinco a seis anos incompletos); em todas as crianças de 12 anos (de 12 a 13 anos incompletos); em todos os adolescentes de 15 a 19 anos; em todos os indivíduos de 35 a 44 anos e em todos os indivíduos de 65 a 74 anos. Este exame será realizado por cirurgião dentista e tem por finalidade a obtenção do edentulismo, cárie dentária e necessidade de tratamento, condição periodontal, (Quadro 2).

Idade/ Grupo Etário (anos)	Cárie dentária		Condição Periodontal		Edentulismo
	Coroa	Raiz	CPI	PIP	
5	●				
12	●		●		
15 a 19	●		●		●
35 a 44	●	●	●	●	●
65 a 74	●	●	●	●	●

Quadro 2 - Condições e idades/grupos etários a serem pesquisados

Para medir a experiência de cárie na dentição permanente e decídua Klein e Palmer criaram os índices CPO-D e ceo-d (representa a soma dos dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados).

1 - **cárie dentária** e necessidade de tratamento serão avaliados conforme as condições da coroa e da raiz e a necessidade de tratamento. A condição de coroa e a necessidade de tratamento serão examinados em todas as idades e grupos etários e a condição de raiz somente nos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos. Através dessa condição obteremos o CPO-D (representa a soma dos dentes cariados perdidos e obturados na dentição permanente) e ceo-d (representa o a soma de dentes cariados com extração indicada e obturados na dentição decídua). A necessidade de tratamento segundo padronização da OMS permite a classificação em categorias

diferentes: necessidade de tratamento preventivo e necessidade de tratamento curativo. Essa informação auxilia a compreender se os serviços odontológicos disponíveis estão compatíveis com essas necessidades. A OMS, considera índices: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto para a idade índice de 12 anos e para o grupo etário de 35 a 44 anos (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação da prevalência de cárie dentária, com base nos grupos de idade 12 anos e 35 a 44 anos

Prevalência	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
Valores CPO-D 12 anos	0,0 a 1,1	1,2 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5	>=6,6
Valores CPO-D 35-44 anos	0,2 a 1,5	1,6 a 6,2	6,3 a 12,7	12,8 a 16,2	>=16,3

2- Condição periodontal será verificada conforme o índice:

a) **Índice Periodontal Comunitário** – CPI: permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. Esse índice foi indicado pela OMS em 1997 para ser empregado nos levantamentos de condições periodontais. A sonda utilizada para a realização do CPI tem uma extremidade esférica com 0,5mm de diâmetro e com as seguintes medidas indicadas:3,5mm, 5,5mm, 8,5mm, 11,5mm.

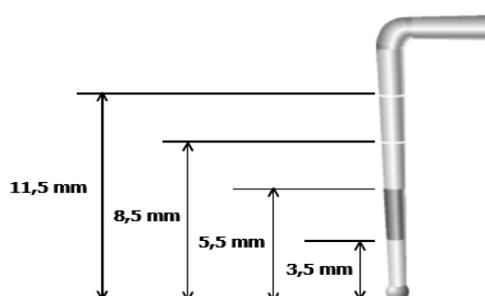


Figura 2 - Sonda periodontal preconizada pela OMS para CPI.

3 - O edentulismo será avaliado conforme o uso e das necessidades de prótese na população. Esse dado nos permitirá entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.

A Ficha Exame é o Anexo I e encontra-se juntamente com os códigos para o seu respectivo preenchimento nos itens: cárie dentária e necessidade de tratamento,

edentulismo e condição periodontal pelo índice periodontal comunitário (ANEXOS II, III e, IV).

5.7 Variáveis coletadas através de questionário

Um questionário estruturado será aplicado para descrever variáveis demográficas e socioeconômicas, variáveis comportamentais, morbidade referida, utilização de serviços odontológicos, auto percepção e impactos em saúde bucal (Tabela 1):

Tabela 1 - Descrição das variáveis coletadas pelo questionário

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO
Demográficas		
Sexo	masculino / feminino	Dicotômica
Idade	anos completos	numérica discreta
Cor da Pele	branca, parda, preta e outras	Politômica
Estado civil	casado, solteiro, separado, viúvo	Politômica
Socioeconômicas		
Renda familiar	renda familiar mensal total (r\$)	numérica contínua
Escolaridade	anos escolares completos	numérica discreta
Nº pessoas no domicílio	nº pessoas que moram na casa	numérica discreta
Número cômodos	nº peças na casa	numérica discreta
Hábitos e comportamentos		
Frequência de escovação	número de vezes que escova os dentes por dia	numérica discreta
Uso de fio dental	uso, ou não, do fio dental	Dicotômica
Frequência de ingestão de açúcar	número de vezes que ingere açúcares por dia	numérica discreta
Fumo	fumante ou não fumante	Dicotômica
Consumo de Álcool	se bebeu nos últimos 30 dias	Dicotômica
Morbidade referida		
Dor dentária	se teve dor de origem dentária nos últimos 6 meses	Dicotômica
Intensidade de dor	Escala	Politômica
Necessidade de tratamento	necessidade de tratamento atual	Dicotômica
Uso de serviços odontológicos		
Consulta ao dentista	Já consultou dentista	Dicotômica
Quando consultou	Período de tempo	Politômica
Onde consultou	Local	Politômica
Motivo de consultas	Por que consultou	Politômica
Como foi a última consulta	Opinião fechada	Politômica
Autopercepção		
Satisfação com os dentes	Opinião fechada	Politômica
Necessidade uso prótese	Opinião fechada	Politômica
Impactos orais		
Dificuldade para comer	Opinião fechada	Politômica
Dentes incomodam ao escovar	Opinião fechada	Politômica
Dentes o deixaram nervoso	Opinião fechada	Politômica
Deixou de sair causa dentes	Opinião fechada	Politômica

Deixou praticar esportes causa dentes	Opinião fechada	Politômica
Teve dificuldade falar causa dentes	Opinião fechada	Politômica
Dentes o fizeram sentir vergonha	Opinião fechada	Politômica
Dentes atrapalharam para estudar	Opinião fechada	Politômica
Dentes o deixaram sem dormir	Opinião fechada	Politômica

O questionário é o Apêndice I.

5.8 Seleção e treinamento de entrevistadores

Serão selecionados e treinados quatro entrevistadores, alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem da FURG para aplicação dos questionários. Este treinamento será desenvolvido em uma semana, 4 horas por dia, realizado sob a supervisão do orientador e da pesquisadora responsável e constará de técnica de entrevista, estudo dos manuais e preenchimento dos questionários e relatórios.

5.9. Logística

O primeiro passo será o contato com a população quilombola e com a Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas. Este contato será efetivado através de reuniões, já programadas, com os líderes da comunidade quilombola e com os responsáveis pelas UBS da Secretaria de Saúde e tem a finalidade de mostrar a importância do projeto e explicar os passos necessários à sua execução. Paralelamente, este projeto será encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética da Fundação Universidade do Rio Grande (FURG) e para anuência da Prefeitura Municipal de Pelotas.

Após as aprovações, os três quilombos do Município serão mapeados e as famílias serão contatadas para que seus membros respondam aos questionários que serão aplicados pelos entrevistadores. As visitas aos domicílios serão facilitadas pela presença de informantes-chaves de cada quilombo que agirão como guias para permitir o acesso às famílias.

5.10 Estudo piloto

Um estudo piloto será desenvolvido em uma comunidade quilombola no município de Canguçu onde calcula-se aplicar o instrumento em 100 indivíduos (número equivalente a 10% da população do estudo principal). Os principais objetivos do piloto serão avaliar: 1) os instrumentos de coleta de dados; 2) os procedimentos para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 3) os protocolos operacionais; 4) o dimensionamento do tempo despendido com transporte; 5) a abordagem e aplicação das entrevistas; 6) a identificação de situações diferentes das previstas e 7) o grau de participação da comunidade. O município de Canguçu é vizinho ao Quilombo do Algodão, uma das comunidades que será estudada, e sede de diversos quilombos de acordo com Fundação Cultural Palmares. As características populacionais da zona rural de Canguçu são muito semelhantes às da zona rural de Pelotas (IBGE, 2009). O estudo piloto será desenvolvido logo após a aprovação pelo comitê de ética.

5.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade dos dados coletados será realizado pela repetição de 5% dos questionários, sendo a concordância das respostas avaliada através de índice Kappa, sendo considerado satisfatório um índice igual ou maior que 0,65. Além disso, serão também repetidos 5% dos exames clínicos por uma outra cirurgiã dentista igualmente capacitada.

5.12 Processamento e análise dos dados

Os dados serão coletados através do preenchimento dos questionários estruturados, que serão então codificados e transcritos para o programa EpiData, por dois digitadores e posteriormente transcrito para o programa STATA 14/IC onde serão analisados.

Será realizada análise descritiva das prevalências de auto percepção do estado da saúde oral e dos impactos desta no cotidiano, assim como das prevalências de ceo-

d e CPO-D nas idades e/ou faixas etárias previamente determinadas. Serão comparadas as prevalências da presença de impactos negativos na saúde oral de acordo com variáveis demográficas, comportamentais e utilização de serviços através de análise bivariada.

5.13 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG) e está de acordo com a portaria 466/12 do CONEP. Antes de participar da pesquisa cada indivíduo ou responsável, se menor de 18 anos, será convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual constam os objetivos e as propostas do projeto de pesquisa, assim como os resultados esperados (APENDICE II). Também será solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Canguçu e Pelotas antes de iniciar os procedimentos para o estudo piloto e para o estudo principal (APÊNDICE III).

5.14 Relação risco-benefício

A pesquisa envolve coleta de dados através de questionário e exame clínico bucal, representando risco mínimo para os participantes, entretanto o exame físico pode ocasionar desconforto ou dano que será imediatamente reparado pelo cirurgião dentista examinador. Se ocorrer desconforto pela aplicação dos questionários e o indivíduo necessitar de cuidados médicos ou psicológicos serão encaminhados à UBS do distrito. Após a realização do exame clínico aqueles que apresentarem exames alterados serão encaminhados a sua UBS de referência. Os resultados contribuirão para auxiliar no planejamento de políticas de saúde da região.

5.15 Responsabilidades dos pesquisadores e da instituição

Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o

desenvolvimento desta pesquisa. Os conhecimentos obtidos no desenvolvimento do trabalho serão usados apenas para atingir o objetivo previsto, sempre respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa.

5.16 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será suspensa se houver algum impedimento por parte da população quilombola de Pelotas ou de algum órgão público. Em caso de suspensão ou encerramento da pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores comunicar ao CEPAS-FURG e apresentar as justificativas que levaram ao encerramento das atividades.

5.17 Monitoramento da segurança dos dados

Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados sob os cuidados dos responsáveis pelo estudo. Será assegurada à população quilombola de Pelotas o sigilo dos dados individuais coletados.

6. Divulgação dos resultados

Os resultados do presente estudo serão divulgados das seguintes formas:

1. Defesa de dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Rio Grande.
2. Divulgação dos principais resultados do estudo para a imprensa e a comunidade em geral, inclusive para a população quilombola de Pelotas.
3. Relatório da Pesquisa para a Secretaria de Saúde do município de Pelotas.
4. Artigo a ser publicado em periódico científico.

7. Financiamento

Tabela 3 - Descrição dos materiais e seus respectivos valores.

Descrição	Quantidade	Valor unitário(R\$)	Valor total(R\$)
Folhas questionários	17745	0,05	887,25
Impressões questionários	17745	0,10	1774,5
Canetas	50	1,00	50,0
Lápis borracha	150	0,80	120,0
Apontadores	20	0,50	10,0
Atílios	100	0,30	30,0
Pranchetas	8	8,00	64,0
Stata 14.0	1	643,00	643,0
Computador	1	1999,00	1999,0
Deslocamento	32	224,00	7168,0
Alimentação	32	100,00	3200,0
Espelhos odontológicos	12	10,00	120,0
Abaixador de língua	800	0,30	240,0
Sonda milimetrada	50	10,00	500,0
Autoclave	1	2.000,00	2000,0
Envelopes para autoclave	800	0,50	400,0
Luvas	24cx	20,00	480,0
Total			19.685,75

O exame será realizado com a utilização de luz natural, espelho bucal plano, abaixador de língua, sonda, cadeiras e mesas de uso comum.

Os custos com a execução do projeto ficam a cargo da mestrandia.

8. Cronograma

Tabela 2 - Cronograma de Atividades

Período	Ano 2015							Ano 2016											
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do Projeto	■	■	■	■	■	■													
Qualificação do projeto						■	■												
Encaminhamento ao CEPAS						■	■												
Planejamento logístico						■	■												
Seleção e treinamento de entrevistadores							■	■											
Estudo piloto								■	■										
Coleta dos dados									■	■	■	■	■						
Revisão questionários									■	■	■	■	■						
Controle de qualidade									■	■	■	■	■						
Limpeza dos dados									■	■	■	■	■						
Análise dos dados												■	■	■	■				
Redação do artigo														■	■	■	■	■	■
Defesa da dissertação																		■	■

9. Referências

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública 2010, 44(2): 360-5.

Antunes JLF, Peres MAA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Série Fundamentos de Odontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

Barbato PR, Muller Nagano HC, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: na analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. Cad Saúde Pública 2007, 23(8):1803-14.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev. Bras. Epidemiol 2008, 11(1):6-19.

Bastos RS, Bijella VT, Bastos JRDM, Buzalaf MAR. Declínio da cárie dentária e incremento no percentual de escolares, de 12 anos de idade livres da doença, em Bauru, São Paulo, entre 1976 e 1995. Rev Fac Odontol 2002, 10(2):75-80.

Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saude Publica 2004, 38(5):630-6.

Bernardes VS, Ferres MO, Lopes Júnior W. O tabagismo e as doenças periodontais. FOL, Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep 2013, 23(1):37-45.

Biazeviciii MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 2008, 42(2):191-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Manual das doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afro-descendente. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Decreto nº 4887, 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: Diário Oficial da União; 21/11/2003.

_____. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB - Brasil 2010. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2013.

_____. Projeto SBBrasil 2010. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/projeto.htm>> Acesso em: 5 nov. 2015.

Camargo MBJ, Dumith SDC, Barros AJDD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipo de serviços. Cad Saúde Pública 2009, 25(9):1894-906.

Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2013, 18(2):461-70.

Davoglio RS, Aerts DRGDC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. Cad. Saúde Pública 2009, 25(3):655-67.

Ely HC, Queiroz D, Santos CM. Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, SAÚDE BUCAL. Mimeo. Brasília/Porto Alegre; Abril de 2006; Atualizado em 2009.

Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24(9):1991-2000.

Fundação Palmares. Site. 2015. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/?Pageid=37551>> Acesso em: 02 ago. 2015.

Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2012, 31(2):135-41.

Gomes S, Amitrano C. Local de moradia na metrópole e vulnerabilidade ao (emprego e desemprego). In: Marques E, Torres H. (Orgs.). São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais. São Paulo: Senac; 2005, p.169-94.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2015.

Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2012, 22,(3):895-918.

Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2014, 30(7):1487-501.

Locker D, Leake JL. Periodontal attachment loss in independently living older adults in Ontario, Canada. *J Public Health Dent* 1993, 53(1):6-11.

Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev. Saude Publica* 2012, 46(3):526-33.

Maestri M. RS: O Quilombo Rural de Manoel Padeiro. *Porto & Vírgula* 1995, 11:54-72.

Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde 2010, 12(2).

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do isodo brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saude Publica 2005, 21(6):1665-675, 2005.

Moreira TP, Nations MK, Alves MDSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Cad. Saude Publica 2007, 23(6)1383-92.

Narvai PC. Saúde Bucal e incapacidade bucal. Jornal do site Odonto 2001, ano III(45). Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel10.htm>> Acesso em: 10 jan. 2016.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF, Camargos P, Ribeiro Y. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica 2006, 19(6):385-93.

Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães LS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. Ciencia & saude coletiva 2015, 20(9):2879-90.

Owens JD, Dowsett SA, Eckert GJ, Zero DT, Kowolik MJ. Partial-mouth assessment of periodontal disease in an adult population of the United States. J Periodontol 2003, 74(8):1206-13.

Palmier AC, Ferreira EF, Matos F, Vasconcelos M. Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

Paula M, Heringer R (Orgs.). Caminhos Convergentes - Estado e Sociedade na Superação das desigualdades Raciais no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Henrich Boll; Action Aid; 2009.

Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev bras epidemiol* 2003, 6(4):293-306.

Quilombo dos Palmares. Site. 2015. Disponível em: <<http://quilombo-dos-palmares.info>> Acesso em: 02 nov. 2015.

Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. *Epidemiologia em saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010, 15(1):1857-64.

Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2014, 19(2):581-90.

Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2014, 1(1-2):62-6.

Volochko A, Batista LE (Eds.). *Saúde nos quilombos. Temas em saúde coletiva*, v.9. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009.

WHO. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4ª ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

II-RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

A primeira etapa do trabalho de campo foi o contato com a população quilombola e com a Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas. O contato foi efetivado através de reuniões programadas, com os líderes da comunidade quilombola e com os responsáveis pelas UBS da Secretaria de Saúde de Pelotas e teve a finalidade de mostrar a importância do projeto e explicar os passos necessários à sua execução. Primeiramente, foi obtida uma listagem de todos os moradores cadastrados com os líderes de cada quilombo. Logo após os agentes comunitários de saúde responsáveis por cada quilombo foram contatados e também forneceram listas, com os nomes dos moradores cadastrados em cada área de saúde. O quilombo do Algodão se estende ao município de Canguçu, porém os indivíduos moradores deste município não foram elegíveis, seguindo a metodologia da pesquisa. Paralelamente, o projeto foi encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEPAS-FURG e para anuência da Prefeitura Municipal de Pelotas.

Após as aprovações, os três quilombos do Município foram mapeados e as famílias foram contatadas para que seus membros respondessem aos questionários aplicados pelos entrevistadores. As visitas aos domicílios foram facilitadas pela presença de informantes-chaves de cada quilombo que agiram como guias para permitir o acesso às famílias. O período de coleta foi de outubro a dezembro de 2016.

Foram treinados, para trabalharem como entrevistadores, oito alunos voluntários da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), um aluno da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), um aluno da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) e, ainda, duas pessoas não ligadas a Universidade. O treinamento consistiu em técnica de entrevista individual e “role playing”, quando todos são submetidos a acareação um com os outros, de acordo com o “Manual do Entrevistador.”

No dia 01/10/2016, foi realizado um estudo piloto na comunidade quilombola chamada Bisa Vicenza, no município vizinho de Canguçu, RS. As características populacionais da zona rural de Canguçu são muito semelhantes às da zona rural de Pelotas (IBGE, 2010). Os questionários foram aplicados em 14 domicílios e respondidos por responsáveis por 11 menores de 12 anos e 29 adultos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de assentimento para os menores. Através do estudo piloto foi possível realizar alterações pertinentes nos instrumentos de coleta de dados e nos procedimentos para obtenção dos termos de consentimento, assim como na abordagem e na aplicação das entrevistas, identificando situações diversas das previstas no treinamento teórico e, também, avaliar o grau de participação da comunidade.

A próxima etapa foi o reconhecimento de campo, feito a partir do dia 07/10/2016. Iniciamos com a realização de um traçado virtual, em mapas dos quilombos, estabelecendo previamente os caminhos que seriam percorridos. A seguir foi obtida a listagem final de todos os domicílios dos quilombos e estes foram numerados.

As entrevistas começaram no dia 22/10/2016. Cada entrevistador dispunha de material para registro dos dados, pasta, camiseta de identificação e crachá. Cada entrevistado recebeu um kit de higiene bucal que foi adquirido em parceria com a Prefeitura Municipal de Pelotas. Os deslocamentos foram disponibilizadas através de viaturas da Universidade Federal do Rio Grande, quase sempre aos finais de semana. Alguns deslocamentos foram, também, realizados em carro particular.

No total foram obtidas 548 entrevistas (456 adultos e 92 crianças). Foram consideradas perdas quando um indivíduo elegível não foi encontrado mesmo após três tentativas de busca no domicílio. Foram consideradas recusas quando não aceitaram responder ao questionário. Foram 19 perdas no Quilombo do Algodão, 52 no Quilombo Alto do Caixão, oito no Quilombo Vó Elvira, onde também se teve quatro recusas. Nos dias 27, 28 e 29 de dezembro de 2016, foi realizado o controle de qualidade com o sorteio e aplicação de um questionário reduzido nos três quilombos perfazendo um total de 10 domicílios no Quilombo do Algodão, sete domicílios no Quilombo Vó Elvira, e 11 domicílios no Quilombo Alto do Caixão, com um total de 28

entrevistas. Não foi necessário mudar a equipe de entrevistadores que se demonstraram participativos, se alternando nos dias de campo.

A maior dificuldade enfrentada para a realização do trabalho de campo foi o acesso a alguns domicílios por sua localização, sem estradas definidas ou caminhos estabelecidos. Este fato determinou, algumas vezes, a necessidade de várias viagens de reconhecimento. Por outro lado, os “chefes” dos quilombos foram bem receptivos a nossa proposta e auxiliaram quando possível na localização. A prefeitura de Pelotas, também se mostrou interessada na pesquisa, desde que não houvesse prejuízo ao atendimento na Unidade Básica de Saúde da Colônia Triunfo.

Em janeiro de 2017 foi iniciado o processamento dos dados. Os dados codificados digitados no programa *Epi Data* por dois digitadores de forma independente e salvo em um banco único após avaliação de possíveis inconsistências. Posteriormente os dados foram transcritos para o programa *Stata 14/IC*, onde foram analisados.

III-ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

Foram realizadas algumas modificações no projeto de pesquisa original. Por questões logísticas, financeiras e relacionadas ao cronograma de pesquisa, as avaliações clínicas dos quilombolas não foram realizadas. Portanto, item 2 dos objetivos específicos do projeto não foram executados e as variáveis “cárie dentária”, “doença periodontal” e “edentulismo” não foram coletadas. A parte metodológica foi alterada de acordo com as mudanças nos objetivos. Foram aplicados os questionários onde foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, comportamentais, uso de serviços odontológicos, morbidade referida, autopercepção e impacto em saúde bucal. O título do volume também foi modificado para “Epidemiologia da saúde bucal dos quilombolas de Pelotas-RS”.

IV-NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos

devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTRP.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser Integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados

a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: End Note), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (Leia mais)

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows Meta File), EPS (Encapsuled Post Script) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (TaggedImage File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft

Word), RTF (RichTextFormat), ODT (Open DocumentText), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando

O número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas, no prazo de 72 horas, via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>).

V. ARTIGO

**SAÚDE BUCAL DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS.**

**ORAL HEALTH OF THE QUILOMBOLA COMMUNITIES IN THE CITY
OF PELOTAS, RS**

**SAÚDE BUCAL QUILOMBOLA
QUILOMBOLA ORAL HEALTH**

Autores:

Joelma Nunes de Freitas:

Prof. Dr. Silvio Omar Prietsch: orientador e revisor

Ms. Adriana Camarini: co-orientador

Autor de correspondência:

Joelma Nunes de Freitas:

Endereço: Rua general Osório,555-apt.1307-Pelotas/RS

Email:jojonunes@gmail.com

Agradecimento:

Agradeço a comunidade quilombola de Pelotas e a todas as pessoas que colaboraram para a realização desta pesquisa. Em especial à Prefeitura Municipal de Pelotas pelos kits de higiene bucal disponibilizados e à Universidade Federal do Rio Grande pelo transporte.

Fonte de Financiamento:

Essa pesquisa não recebeu recursos financeiros institucionais e/ou privados, para a sua realização.

Conflito de interesses: não houve qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Número de Aprovação do Comitê de Ética: 23116.002055/20

RESUMO

Objetivo: Descrever a saúde bucal dos quilombos de Pelotas, RS. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal com todos os indivíduos de cinco anos ou mais residentes nos quilombos do município, em 2016. Dados socioeconômicos, demográficos, comportamentais, hábitos de higiene bucal, uso de serviços, morbidade, autopercepção e impacto em saúde bucal foram obtidos por questionários aplicados por entrevistadores treinados. Foi feita análise descritiva e, para comparações entre os quilombos, foi utilizado o teste de Fischer e do qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. Os dados foram analisados através do programa Stata 14.1. **Resultados:** Participaram 548 indivíduos de cinco ou mais anos nos quilombos do Algodão, Alto do Caixão e Vó Elvira. O quilombo do Algodão tem as piores condições de moradia, socioeconômicas e comportamentais. O local mais utilizado na última consulta pelos quilombolas foi a Unidade Básica de Saúde e, a percepção com serviço utilizado, foi boa ou muito boa. A prevalência de dor dentária nos últimos seis meses foi de 38,2%. Os adultos apresentaram maior impacto da saúde bucal nas atividades diárias e maior necessidade de tratamento odontológico quando comparado às crianças, adolescentes e idosos. **Conclusão:** As comunidades quilombolas estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade social. Este estudo mostra uma alta percepção de impacto da saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico e, também, a importância do serviço público de saúde. Contudo, o planejamento em saúde bucal deve promover ações que visem aumentar o conhecimento sobre a saúde bucal e o autocuidado. **Descritores:** Epidemiologia; saúde bucal; populações vulneráveis; grupos minoritários; minorias étnicas.

ABSTRACT

Objective: To describe aspects related to the oral health of the quilombos in Pelotas, RS. **Methods:** An observational cross-sectional study was performed with all individuals aged 5 years or more living in the quilombos of the municipality in 2016. Data regarding socioeconomic, demographic, behavioral, oral hygiene habits, use of services, morbidity, self-perception and impacts related to oral health were collected through a questionnaire applied by trained interviewers. A descriptive analysis was

carried out and, for comparisons among quilombos, the Fischer test and the chi-square test were used, with a significance level of 5%. Data were analyzed through the Stata 14.1 software. **Results:** A total of 548 interviews were conducted in the quilombos of *Algodao*, *Alto do Caixao* and *Vo Elvira*. The *Algodao* quilombo stood out due to its worst housing, socioeconomic and behavioral conditions. The most used venue in the last consultation by the quilombolas was the Basic Health Unit, and the perception of the service was evaluated as good or very good. The prevalence of dental pain in the last six months was 38.2%. Adults had greater impact of oral health on daily activities and greater need for dental treatment when compared to children, adolescents and the elderly. **Conclusion:** The quilombola communities are inserted in a context of social vulnerability. The study shows a high perception of the impact and necessity of dental treatments, also the importance of public health services. Nevertheless, the oral health planning should promote actions to increase knowledge about oral health and self-care. **Keywords:** Epidemiology; oral health; vulnerable populations; racial minorities; ethnic groups.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, é um direito humano fundamental, importante para melhorar sua qualidade de vida, e assegurado pela constituição Federal. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou o acesso ao cuidado em saúde para a população brasileira¹. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços especializados². Na mesma direção, o Município de Pelotas está passando por uma série de mudanças que visam à reestruturação do modelo de assistência até então utilizado. A partir de 2012, houve ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), criação de CEO e serviço de próteses dentárias, possibilitando desta forma, um atendimento odontológico com mais acesso e qualidade, na lógica da integralidade da atenção à saúde bucal³.

Nos últimos anos a epidemiologia em saúde bucal no Brasil tem apresentado significativo crescimento⁴. Quatro grandes estudos nacionais, realizados em 1986, 1996, 2003 e 2010 foram de grande importância para a consolidação de uma base de dados relativa ao perfil epidemiológico da saúde bucal da população brasileira. A

Pesquisa Nacional de Saúde SB Brasil 2010, aperfeiçoou e modernizou a proposta metodológica do SB Brasil 2003 e estabeleceu estratégias para aprofundar o conhecimento sobre os agravos à saúde bucal no país, assim como nortear os rumos da Política Nacional de Saúde Bucal, construindo um modelo de atenção pautado na vigilância à saúde⁵.

Diversos estudos demonstram que a dimensão étnico-racial nesses levantamentos vem adquirindo cada vez mais importância na área da saúde. No Brasil, são observados grandes traços de iniquidade relacionados à cor da pele, com evidente prejuízo para a população negra, inclusive em relação aos cuidados de saúde^{6,7}. Neste contexto estão inseridas as comunidades quilombolas, as quais, pelo próprio processo histórico de escravização apresentam consequências de saúde e sociais desiguais, como também o acesso dificultado a bens e serviços^{8,9,10}. Além disso, existem evidências que há menor utilização dos serviços e conseqüentemente maior ocorrência de doença bucal em populações mais pobres ou etnicamente desfavorecidas^{11,12,13}.

No século XIX, os quilombos foram a principal forma de resistência negra à escravidão e se organizavam em comunidades independentes. Em Pelotas, forneciam a principal mão de obra nas fazendas produtoras de carne salgada para armazenamento, regionalmente conhecida como charque¹⁴. Segundo a Fundação Cultural Palmares, no Brasil existem mais de 2600 comunidades quilombolas e, em setembro de 2015, existiam 108 comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul, destas três estão em Pelotas. A Constituição Federal de 1988 assegurou aos quilombolas o direito às terras em que vivem e o decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003, oficializou procedimentos para a identificação e o reconhecimento dos quilombolas, assim como iniciou a delimitação e a demarcação das terras ocupadas¹⁵.

Percebe-se que há escassas informações epidemiológicas específicas da saúde bucal dos quilombolas nos sistemas de saúde no Brasil e, o pouco conhecimento existente mostra grande vulnerabilidade dessa população frente às condições de saúde^{12,16}. Com isso torna-se imprescindível extrapolar o diagnóstico de saúde para além de dados secundários e buscar conhecer a realidade de grupos minoritários ainda não cobertos pelos sistemas de informações em saúde como os quilombolas¹⁷.

O conhecimento da situação de saúde bucal dessa população, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de ações em saúde adequadas às necessidades e aos riscos específicos, bem como possibilitam monitorar os agravos e avaliar as estratégias implementadas ao longo do

tempo. Por tudo isso pretendeu-se com esse estudo descrever, baseado nos questionários utilizados no estudo SB Brasil2010, aspectos socioeconômicos, demográficos, comportamentais, morbidade referida, hábitos de higiene bucal, uso de serviços odontológicos, autopercepção e impacto em saúde bucal dos quilombolas residentes nos quilombos de Pelotas/RS.

METODOLOGIA

Delineamento e população de estudo

Este é um estudo descritivo, transversal, de todos os indivíduos de cinco anos ou mais, residentes em quilombos, no município de Pelotas, no Rio Grande do Sul. A cidade de Pelotas está localizada a 232 km ao sul da capital do estado, tem população estimada em 344 mil habitantes¹⁸ e três comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares: Quilombo do Algodão, Quilombo Alto do Caixão e Quilombo Vó Elvira¹⁵. Seiscentos e trinta e um indivíduos foram identificados como quilombolas com cinco anos de idade ou mais, destes 548 foram entrevistados entre os meses de outubro a dezembro de 2016.

Coleta de dados

Antes da coleta dos dados, foi obtida autorização da Prefeitura Municipal de Pelotas para a realização da pesquisa. A seguir, foi feito contato com “chefes” dos quilombos que forneceram uma lista com os nomes dos integrantes de cada comunidade. Posteriormente, os três quilombos do Município foram mapeados. Para trabalhar como entrevistadores foram selecionados oito alunos voluntários da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), um aluno da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e um aluno da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Esses participaram de treinamento em técnica de entrevista com duração de cinco dias e de um estudo piloto, para testar instrumentos e calibrar a equipe, na comunidade quilombola “Bisa Vicenza”, no município vizinho de Canguçu, que apresenta características populacionais muito semelhantes às da zona rural de Pelotas¹⁸.

Um supervisor de campo foi responsável pela contínua assistência na localização e abordagem prévia dos entrevistados, pela revisão permanente dos questionários e pela conferência dos dados coletados.

Foram excluídos os indivíduos institucionalizados no momento da entrevista, ou incapacitados de responder aos questionários.

Instrumentos

A coleta dos dados ocorreu através de entrevistas estruturadas. Três questionários foram elaborados. O primeiro com as informações sobre o domicílio, que foram dadas, preferencialmente, pelo chefe da família. Para menores de 12 anos, foi solicitado que o seu responsável respondesse um questionário específico para crianças. E, por fim, um questionário individual para adultos foi aplicado aos indivíduos de 12 ou mais anos.

Variáveis estudadas

No questionário individual foram coletadas as seguintes variáveis: sexo (masculino/feminino); idade em anos (5-11; 12-17; 18-59; 60 ou mais); estado civil (vive junto ou casado/solteiro, viúvo ou divorciado); cor da pele (preta/parda/outras); escolaridade em anos completos cursados (0-4; 5-8; 9 ou mais); renda familiar em salários mínimos regionais (Menos de 1 salário; de 1 a 2 salários; mais de 2 salários); consumo de álcool e tabaco (sim/não).

Quanto à saúde bucal, foram coletadas variáveis relacionadas aos hábitos de higiene: utiliza fio dental (sim/não), frequência de escovação (não escova; 1 vez ao dia; 2 ou mais vezes ao dia). Quanto à morbidade referida: dor de dente nos últimos seis meses (sim/não). Em relação ao uso de serviços foi coletado: consulta ao dentista alguma vez na vida (sim/não), local onde consultou (categorizada em unidade básica de saúde/consultório particular e convênio), motivo da consulta (categorizada em revisão/dor/tratamento/outro motivo), avaliação do serviço utilizado na última consulta (categorizada em “muito boa/boa/” e “regular/ ruim/muito ruim”) e necessidade de tratamento dentário atualmente (sim/não). Quanto à auto percepção em relação dentes/boca a variável foi coletada originalmente como uma escala Likert (de “muito insatisfeito” até “muito satisfeito”), posteriormente recodificada em “satisfeito”, “indiferente” e “insatisfeito”. Também relacionadas à autopercepção, as variáveis uso e necessidades de prótese parciais e totais foram dicotomizadas (sim/não).

Para mensurar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias foi utilizado o instrumento “Oral Impact on Daily Performances” (OIDP)¹⁹. O OIDP é composto de nove itens relacionados às atividades diárias que podem ser afetadas pelas condições

buciais: se sentiu dificuldade para comer, se os dentes incomodaram ao escovar, se já ficou nervoso ou irritado, se já deixou de sair, se divertir, ir a festas, se já deixou de praticar esportes, se já teve dificuldade para falar, se já sentiu vergonha de sorrir, se já dormiu mal, se alguma vez seus dentes atrapalharam para estudar ou trabalhar por causa dos dentes. A contagem simples dos escores foi por meio de nove variáveis “dummies” (sim/não). O OIDP foi analisado como uma variável discreta que foi de zero (nenhum impacto) a nove (impacto nas nove dimensões). Ainda, a variável foi dicotomizada em OIDP=0 (nenhum impacto) e OIDP=1 (pelo menos um impacto da saúde bucal nas atividades diárias).

Análise estatística

Os dados foram codificados e registrados no programa *EpiData*. A digitação foi feita de modo independente por dois digitadores e posteriormente transcrita para o programa *Stata 14/IC*²⁰, onde foi analisada. Após, procedeu-se a análise descritiva da população. Os testes qui-quadrado e exato de Fisher foram usados para comparar a frequência em cada quilombo das variáveis estudadas. Neste caso, um nível de significância de 5% foi adotado. Para a análise de confiabilidade foi utilizado o teste de concordância de Kappa.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Todos os participantes adultos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de menores de 18 anos, os responsáveis assinaram o TCLE e os menores assinaram o termo de Assentimento. Além disso, a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 548 indivíduos, 456 responderam o Questionário Adulto (12 anos ou mais) e 92 responderam o Questionário Criança até 12 anos. O percentual de perdas e recusas foi de 13,1% (79 perdas e quatro recusas). Consideraram-se perdas quando um indivíduo elegível para a pesquisa não foi localizado mesmo após três tentativas de encontrá-lo no domicílio. Essas perdas foram, em sua maioria, de indivíduos do sexo masculino e maiores de 18 anos, assim como a população total dos

quilombolas. Para controle de qualidade foram reproduzidas 5% das entrevistas e aplicado o teste de concordância de Kappa, com uma média de 0,87.

Na Tabela 1 são mostradas as características dos domicílios de acordo com o Quilombo onde moram. Em relação à aglomeração, 44% dos domicílios são habitados por quatro ou mais pessoas e há diferença significativa entre os quilombos. A presença de quatro ou mais pessoas por domicílio é quase o dobro no Quilombo do Algodão (64,6%), em relação ao Quilombo Alto do Caixão e do Quilombo Vó Elvira (34,6 e 38,8, respectivamente). Mais da metade (56,6%) dos domicílios tem até três peças, quase 95% tem água encanada, embora apenas 34,3% destes domicílios tenham água proveniente da rede pública e a maioria (84,6%) têm vaso sanitário. Quanto à inclusão nas comunicações e ao transporte, foi observado que apenas um quarto dos domicílios tem acesso à Internet e mais da metade tem como principal meio de transporte uma motocicleta, disponível em 59,4% dos domicílios. A tabela mostra, também, que há diferenças estatisticamente significativas entre os quilombos de Pelotas, assim como encontrada na variável aglomeração.

A tabela 2 descreve características demográficas (sexo, cor da pele, idade e estado civil); socioeconômicas (escolaridade e renda familiar) e comportamentais (consumo de tabaco e bebida alcoólica).

Foi observada uma pequena predominância do sexo masculino (52%). Quarenta e dois por cento dos quilombolas se consideram como tendo cor da pele preta, foram 31,6% pardos e 26,4% outras. A maioria tem de 18 a 59 anos de idade (56,8%), cerca de 56% dos maiores de 12 anos é casado ou tem companheiro.

Quanto às variáveis socioeconômicas, observa-se 10,6% não sabem ler ou escrever e mais de 8% só assinam seu nome. Apenas 20% tem o ensino fundamental completo e menos de 30% tem renda familiar igual ou maior a dois salários mínimos regionais (na época, de R\$ 1.006,88). Trinta por cento dos quilombolas se declararam fumantes e 33% referem consumo de bebidas alcoólicas.

O gráfico 1 descreve hábitos de higiene bucal entre os quilombolas e a presença de dor de dente. A maioria deles escova os dentes duas ou mais vezes ao dia (77,5%) embora não costumem usar fio dental (73,3%). Cerca de trinta e oito por cento teve dor de dente nos últimos seis meses.

A tabela 3 mostra que a maior parte dos quilombolas já consultou o dentista pelo menos uma vez na vida, sendo que para a maioria o tempo decorrido da última consulta foi há menos de um ano no grupo dos adolescentes (66,3%) e adultos (52,8%), já nas

crianças e idosos foi de três ou mais anos (42,1% e 56,6% respectivamente). O local mais procurado para o atendimento nesta última consulta foi a UBS em todas as faixas etárias. O principal motivo da consulta ao dentista foi para tratamento odontológico, exceto para o grupo das crianças cujo motivo foi realizar uma revisão (60,9%). A satisfação com o serviço odontológico utilizado foi muito boa/boa em todas as faixas etárias. Para a maior parte dos quilombolas a necessidade de tratamento odontológico foi acima de 60%, exceto o grupo dos idosos (31,2%). Quanto à autopercepção com os dentes/boca, a maior parte se mostrou satisfeita, sendo o maior número de satisfação com a boca/dentes ocorreu entre as crianças (56%) e idosos (71,4%). Em relação ao uso de próteses, 67,9% dos idosos utilizavam algum tipo de prótese total e/ou parcial e a maioria consideraram a necessidade de trocá-las. É possível também observar que todas as variáveis tiveram associação estatisticamente significativa com as faixas etárias, exceto a variável avaliação do serviço utilizado.

O gráfico 2 descreve o OIDP geral (impacto da saúde bucal sobre atividades diárias) e as principais atividades comprometidas na produção desse escore, conforme as faixas de idade estudadas. O Impacto é maior nos adultos (82,6%) e idosos (75%) e as atividades mais frequentemente comprometidas são dificuldade para comer, para dormir e ficar irritado por causa dos dentes.

DISCUSSÃO

Os quilombolas da cidade de Pelotas, RS, têm em geral, as mesmas características encontradas em comunidades semelhantes, de outros locais do Brasil. Todavia este estudo mostra algumas particularidades, mesmo considerando uma população tão restrita em número e localização geográfica. Há desigualdade entre os Quilombos do “Algodão”, do “Alto do Caixão” e da “Vó Elvira” quanto às condições de moradia, socioeconômicas e comportamentais. As piores condições foram observadas no Quilombo do Algodão que é a comunidade mais distante da sede do Município. Essas diferenças podem estar em conexão aos piores hábitos de higiene e maior morbidade em saúde bucal, também ali encontrada. Isto é importante para o desenvolvimento de políticas de saúde bucal no município, no sentido de minimizar as consequências para a saúde dos quilombolas, pois ações preventivas e assistenciais devem levar em consideração essas particularidades.

Quanto ao perfil demográfico, resultados semelhantes foram observados em outros estudos com quilombolas, como o de Vitória da Conquista/BA, onde também há

predomínio de indivíduos adultos, casados ou vivendo com companheiro. No entanto o percentual de quilombolas que se autodeclararam de cor preta é consideravelmente maior em Pelotas²¹. Em relação aos dados socioeconômicos o percentual de quilombolas de Pelotas que nunca estudaram é um pouco menor que da população indígena do Brasil e da rural da região sul, a qual, segundo o censo de 2010, é de 8,2%^{18,22}. No entanto, quando comparado aos estudos do norte de Minas Gerais e da Bahia (com percentuais de analfabetismo de 15,7 e 34,6%, respectivamente) é muito menor e reflete, possivelmente, uma melhor inclusão na escola fundamental na região sul, dessa população^{21,23}. A distribuição de renda familiar também é favorável aos quilombolas de Pelotas quando comparados com a população rural do Brasil. Segundo o censo de 2010, o rendimento médio mensal por domicílio, entre 1 a 2 salários mínimos, foi quatro vezes menor para a população rural do Brasil, em comparação ao encontrado neste estudo, embora haja pequena diferença entre o salário mínimo nacional e o regional (cerca de 7%)¹⁸.

A prevalência dos que são fumantes e consomem bebida alcoólica em Pelotas é semelhante à encontrada em outras populações quilombolas^{24,25}. É possível que o consumo de bebidas alcoólicas nessas comunidades esteja relacionado com as poucas disponibilidades de lazer, com as dificuldades em conseguirem emprego fixo e com o preconceito que podem sofrer por serem negros e/ou quilombolas²⁵.

Os quilombolas usam, sistematicamente, o serviço público de saúde, representado pela unidade básica de saúde (UBS) a que estão vinculados. Embora exista cobertura total de equipes de saúde bucal nas UBS dos quilombos de Pelotas, é importante questionar se os serviços de saúde bucal estão realmente permitindo o acesso para atender os que realmente mais necessitam. Mais da metade da população percebe a necessidade de tratamento odontológico, apesar de avaliar os serviços como bons ou muito bons. Alguns adultos e idosos relataram a necessidade de utilização de outros serviços, por meio de convênios privados ou clínicas particulares. Essa situação reflete uma necessidade maior de reabilitação bucal e de serviços com maior nível de complexidade. Paradoxalmente são os idosos que mostraram maior satisfação com a sua boca e dentes e foram os que melhor avaliaram os serviços que utilizaram.

Apesar de não haver consenso na literatura sobre um intervalo de tempo ideal entre as consultas odontológicas, sabe-se que a utilização destes serviços de forma regular faz com que conhecimento sobre doenças bucais, sejam melhor assimiladas pelo indivíduo^{26,27}. Dados de higiene bucal quanto a escovação dentária, semelhantes a este

estudo foram observados nos adultos e idosos de baixa renda no Paraná e na população brasileira em geral ^{28,29}. Alguns estudos sugerem que alta escolaridade, maior renda e melhor moradia, influenciam os indivíduos a adotarem melhores atitudes em relação a sua saúde, inclusive bucal ^{28,30,31}.

Um estudo de 2010, sobre desigualdade e negação de acesso ao sistema público de saúde, mostrou que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca e que a ausência do poder público na proposição de ações efetivas de acesso à saúde, tem colocado as comunidades à margem do SUS numa invisibilidade que amplia os obstáculos para sua inclusão¹³. Por outro lado, tem-se percebido menor acesso e conseqüentemente menor utilização de serviços de saúde por populações rurais^{32,33,34}. Entre a população quilombola, o isolamento geográfico, os horários de atendimento nos postos de saúde, a precária infraestrutura para realização dos atendimentos e a alta rotatividade profissional de nível superior em regiões rurais, têm sido apontados como fatores que tentam explicar, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde^{12,13}.

A ausência de satisfação com a percepção da própria saúde em geral, pode ser resultado de dor ou desconforto, pela interação de fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais. Isso não é diferente quanto aos sentimentos de insatisfação em saúde bucal³⁵. Há também evidência que indivíduos com pior satisfação buscam mais os serviços de saúde, provavelmente por uma maior preocupação em melhorá-la ^{36,37}. Neste estudo, os adultos tiveram maior índice de insatisfação com sua boca/dentes, e também perceberam mais a necessidade de tratamento odontológico. Alguns estudos sugerem que a autoavaliação negativa em saúde bucal reflete as desigualdades e está relacionada a piores condições socioeconômicas, menor uso de serviço, pior condição bucal ^{17,31,36}.

Muitas vezes autopercepção negativa está relacionada à necessidade de reabilitações protéticas de natureza parcial ou total³⁸. É alta a prevalência de perda dentária entre adultos e, especialmente em comunidades rurais ou quilombolas³⁹. Um estudo realizado em uma população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia sobre a necessidade de uso de prótese, concluiu que 50% a 70% dos indivíduos necessitavam de algum tipo de prótese, mostrando a necessidade de tratamento reabilitador³⁴. Em Pelotas, mesmo contando com as UBS para atendimento odontológico, este tipo de serviço não é disponibilizado diretamente e necessita de referência a um centro especializado.

A percepção subjetiva da qualidade de vida do indivíduo em relação à saúde bucal e a maneira como essa afeta a vida diária passou a fazer parte das avaliações epidemiológicas a partir do grande levantamento nacional SB Brasil 2010, através do índice OIDP⁴⁰. Os achados do presente estudo corroboram com os de outras pesquisas no que se refere ao impacto da saúde bucal nas atividades diárias. O impacto, medido pelo OIDP, aumentou com a idade até chegar ao grupo dos adultos e, depois, diminuiu nos idosos. Isso também foi observado no estudo SB Brasil 2010 para a região sul⁴¹. Os adultos têm maior impacto, provavelmente condicionado a uma maior sensação de necessidade de tratamento não atendida, em virtude de dificuldade de acesso⁴². Em relação aos componentes do OIDP, a dificuldade para comer foi o critério mais prevalente no grupo das crianças e adolescentes, tal fato também foi encontrado no SB Brasil 2010 em todas as regiões do Brasil, no entanto, o foi em todas as faixas etárias⁴¹.

A dor dentária é o sintoma mais frequente como agravo à saúde bucal individual⁴³. A pesquisa SB Brasil 2010 mostrou para a região sul, índices de dor dentária aos 12 anos, da ordem de 27,1%, dos 15 aos 19 anos, de 26,5%; dos 35 a 44 anos, de 19,9% e, para acima de 65 anos: 8,7%⁴¹. Todos esses valores são inferiores aos encontrados nos quilombolas de Pelotas. Com exceção das crianças, todas as outras faixas etárias utilizaram mais os serviços por motivo de tratamento do que para consultas de revisão. Isso mostra uma procura pelo serviço de saúde quando a doença já está instalada. Educar os indivíduos para que possam promover o autocuidado e desenvolver um estilo de vida mais saudável, pode ser uma estratégia para mudar esta situação. Valorizar a saúde bucal, considerando parte indissociável da saúde geral e entender que a maioria das doenças bucais são passíveis de prevenção, é uma meta legítima e possível de ser atingida nessa comunidade.

CONCLUSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional sobre a condição de saúde bucal da população quilombola de Pelotas/RS e sua relevância deve-se, também, ao fato de se tratar de uma pesquisa realizada em domicílios da zona rural. Percebe-se uma literatura escassa quanto a estudos odontológicos sobre a população quilombola, dessa forma para estabelecermos comparações foram selecionados grupos etários, minorias raciais e populações vulneráveis com condições de saúde bucal próximos ao presente estudo.

As políticas públicas destinadas às comunidades quilombolas devem considerar em primeiro lugar a localização geográfica que corrobora para o aumento das iniquidades e dificuldade de acessos aos serviços de saúde. É nesse sentido que pesquisadores⁴⁴ ressaltam que o grande desafio dos gestores de políticas públicas, é o de propor medidas sociais e econômicas dirigidas aos grupos mais vulneráveis tanto na promoção de saúde bucal quanto na assistência odontológica. Mas é, também, através da identificação da atenção básica como principal porta de entrada dessa população ao SUS, que se torna imprescindível fortalecer ações que permitam aumentar o conhecimento sobre a saúde bucal e a melhora do autocuidado. Para isso é importante, que nos serviços de saúde bucal, já existentes nos quilombos, sejam valorizadas atividades preventivas, ações de estabelecimento de vínculos com o serviço público e, finalmente, proporcionar maior conhecimento sobre o processo saúde-doença.

Pretendemos com este estudo contribuir para reverter a invisibilidade epidemiológica resultante da falta de informações relacionadas à saúde bucal dos quilombolas. Estes dados permitirão traçar metas a fim de subsidiar programas que contemplem políticas públicas integrais junto a essa comunidade. As informações obtidas, incluindo uso e acesso a serviços de saúde bucal, morbidades, vulnerabilidade socioeconômica, dentre outros, configuram o primeiro diagnóstico da saúde bucal dos quilombolas de Pelotas, RS, o que representa uma contribuição acadêmica de grande relevância para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Paim JSC, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97.
2. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate* 2009;33(81):64-71.
3. Thurow LL, Laroque MB, Elias RV, Bighetti TI. Diretrizes da saúde bucal de Pelotas RS [Internet]. Pelotas, 2013 Set [cited 2017 Jun 19]. Available from: <http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/arquivos/Diretrizes-Saude-Bucal-dePelotas%5B17-12-2013%5D.pdf>.
4. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2010.
5. Roncalli A, Souza Cortes M, Peres KGA. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. 2012.

6. Gomes KDO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(9):1829-42.
7. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2012;31(2):135-41.
8. Silva, PS. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Identidade* 2010;15(1):51-64.
9. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães LS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciencia & saúde coletiva* 2015;20(9):2879-90.
10. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC* 2011;13(5):937-43.
11. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(4):999-1010.
12. Volochko A, Batista LE. Saúde nos quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2009.
13. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde* 2010;12(2):154-61.
14. Freitas D. *O Escravidão Brasileiro*. 3rd ed. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1991.
15. Fundação Palmares. Site [internet]. 2015 [cited 2015 Ago 02]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/?Pageid=37551>.
16. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FDS, Hilgert JB. Oral health self-perception in quilombola communities in Rio Grande do Sul: a cross-sectional exploratory study. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20(1):91-101.
17. Kochergin CN, César CC, Proietti FA. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad. Saúde Publica* 2014;30(7):1487-501.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo [Internet]. IBGE 2010 [cited 2018 Jan 8]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

19. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community dent oral epidemiol* 1996;24(6):385-89.
20. StataCorp. Texas: LP College Station, 77845 USA.
21. Bezerra VM, Medeiros DSD, Gomes KDO, Souzas R, Giatti L, Steffens AP, Santos LRCS. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(6):1835-47.
22. Júnior CEC, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Follér ML, Horta BL. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013;13(1):52.
23. Oliveira M, Ketllin S, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Coletiva* 2016;24(4):420-7.
24. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(3):809-20.
25. Silva RA, Menezes JA. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Rev. Latinoam. Cien Soc Niñ Juv* 2016;14(1):493-504.
26. Beirne P, Forgie A, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software; 2007.
27. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist* 2000;20:155-63.
28. Nico LS Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21(2):389-98.
29. Baldani MH, Brito WH, Lawder JADC, Mendes YBE, Silva FDFMD, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):150-62.
30. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res* 2011;23(2):201-6.

31. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):740-51.
32. Gomes KDO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(9):1829-42.
33. Travassos CMDR, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(10):2490-502.
34. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2011;14(1-2):62-6.
35. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública* 2011;27:2441-51.
36. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimões R. Auto avaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil Self-rated oral health and associated factors among. *Cad. Saúde Pública* 2014;30(3):611-22.
37. Camargo MBJD, Dumith SDC, Barros AJDD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(9): 1894-906.
38. Vilela EA, Martins AM, Barreto SM, Vargas AM, Ferreira RC. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz Oral Res* 2013;27(3):203-10
39. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimoies R. Fatores associados as perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(2):581-90.
40. Peres K.G, Cascaes AM, Leao ATT, Cortes MIS, Vettore MV. Aspectos sócio demográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2013;47(3):19-28.
41. Brasil. Projeto SB-Brasil 2010. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
42. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. saúde pública* 2007;23(7):1707-14.

43. Cavalheiro CH et al. Dental pain, use of dental services and oral health-related quality of life in southern Brazil. *Braz oral res* 2016;30(1):e39.
44. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF, Camargos P, Ribeiro Y. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(6):385-93.

Tabela 1. Características dos domicílios quilombolas maiores de 5 anos de Pelotas/RS.
N=175

Características	N (%)	Algodão (N=48)	Alto do Caixão (N=78)	Vó Elvira (N=49)	Valor p
Residentes no domicílio					0.007
1 a 2 pessoa	44(25.1)	7(14.6)	20(25.7)	17(34.7)	
3 pessoas	54(30.9)	10(20.8)	31(39.7)	13(26.5)	
4 ou mais pessoas	77(44.0)	31(64.6)	27(34.6)	19(38.8)	
Número de peças domiciliares					0.034
Até 3	99(56.6)	34(70.8)	43(55.1)	22(44.9)	
4 ou mais	76(43.4)	14(29.2)	35(44.9)	27(55.1)	
Água encanada no domicílio					0.033
Não	9(5.1)	6(12.5)	2(2.6)	1(2.0)	
Sim	166(94.9)	42(87.5)	76(97.4)	48(98.0)	
Origem água domiciliar					*0.000
Sanep	60(34.3)	1(2.1)	11(14.1)	48(98.0)	
Poço artesiano	16(9.1)	11(22.9)	4(5.1)	1(2.0)	
Cacimba	99(56.6)	36(75.0)	63(80.8)	0(0)	
Presença/tipo sanitário					*0.000
Vaso sanitário	148(84.6)	29(60.4)	73(93.6)	46(93.9)	
Casinha/fossa	2(1.1)	1(2.1)	1(1.3)	0(0)	
Não tem sanitário	25(14.3)	18(37.5)	4(5.1)	3(6.1)	
Acesso Internet					0.000
Não	132(75.4)	46(95.8)	53(68.0)	33(67.4)	
Sim	43(24.6)	2(4.2)	25(32.0)	16(32.6)	
Possui Motocicleta					0.021
Não	71(40.6)	16(33.3)	27(34.6)	28(57.1)	
Sim	104(59.4)	32(66.7)	51(65.4)	21(42.9)	

*Teste exato de Fisher

Tabela 2. Descrição da população de quilombolas maiores que cinco anos quanto às variáveis demográficas (sexo, cor, idade e estado civil), socioeconômicas (escolaridade e renda) e comportamentais (tabagismo e consumo de álcool). Pelotas/RS, 2016. (N=548)

Características	N (%)	Algodão (N=194)	Alto do Caixão (N=220)	Vó Elvira (N=134)	*Valor p
Sexo (548)					0.297
Masculino	285(52.0)	106(54.6)	117(53.2)	62(46.3)	
Feminino	263(48.0)	88(45.4)	103(46.8)	72(53.7)	
Cor da pele (541) +					<0.001
Preta	227(42.0)	104(54.2)	50(23.3)	73(54.5)	
Parda	171(31.6)	50(26.0)	82(38.1)	39(29.1)	
Outras	143(26.4)	38(19.8)	83(38.6)	22(16.4)	
Idade (548)					0.008
5-11 anos	92(16.8)	44(22.7)	32(14.6)	16(11.9)	
12-17anos	89(16.2)	39(20.1)	33(15.0)	17(12.7)	
18-59anos	311(56.8)	99(51.0)	131(59.5)	81(60.5)	
>60 anos	56(10.2)	12(6.2)	24(10.9)	20(14.9)	
Estado civil (456) ***					0.081
Casado/vive junto	256(56.1)	76(50.7)	117(62.2)	63(53.4)	
Solteiro/desquitado/viúvo	200(43.9)	74(49.3)	71(37.8)	55(46.6)	
Sabe ler escrever (548)					0.040
Não	58(10.6)	29(14.9)	21(9.5)	8(6.0)	
Sim	445(81.2)	147(75.8)	179(81.4)	119(88.8)	
Só assina	45(8.2)	18(9.3)	20(9.1)	7(5.2)	
Anos de estudo (548)					<0.001
Nunca estudou	40(7.3)	15(7.7)	18(8.2)	7(5.2)	
Fundamental incom.1-8	398(72.6)	152(78.4)	166(75.4)	80(59.7)	
Fundamental comple+9	110(20.1)	27(13.9)	36(16.4)	47(35.1)	
Renda domiciliar (548) **					<0.001
Menos de 1 salário reg.	166(30.3)	83(42.8)	70(31.8)	13(9.7)	
1 até 2 salários reg.	223(40.7)	80(41.2)	84(38.2)	59(44.0)	
2 ou mais salários reg.	159(29.0)	31(16.0)	66(30.0)	62(46.3)	
Consumo de Tabaco (456) ***					<0.001
Não	318(69.7)	81(54.0)	141(75.0)	84(71.2)	
Sim	138(30.3)	69(46.0)	47(25.0)	34(28.8)	
Consumo de Álcool (456) ***					<0.001
Não	306(67.1)	87(58.0)	141(75.0)	90(76.3)	
Sim	150(32.9)	63(42.0)	47(25.0)	28(23.7)	

* Teste Qui-quadrado

**Salário mínimo regional= R\$ 1006.88

*** Variáveis somente para idades iguais ou maiores de 12 anos

+Variáveis com missing

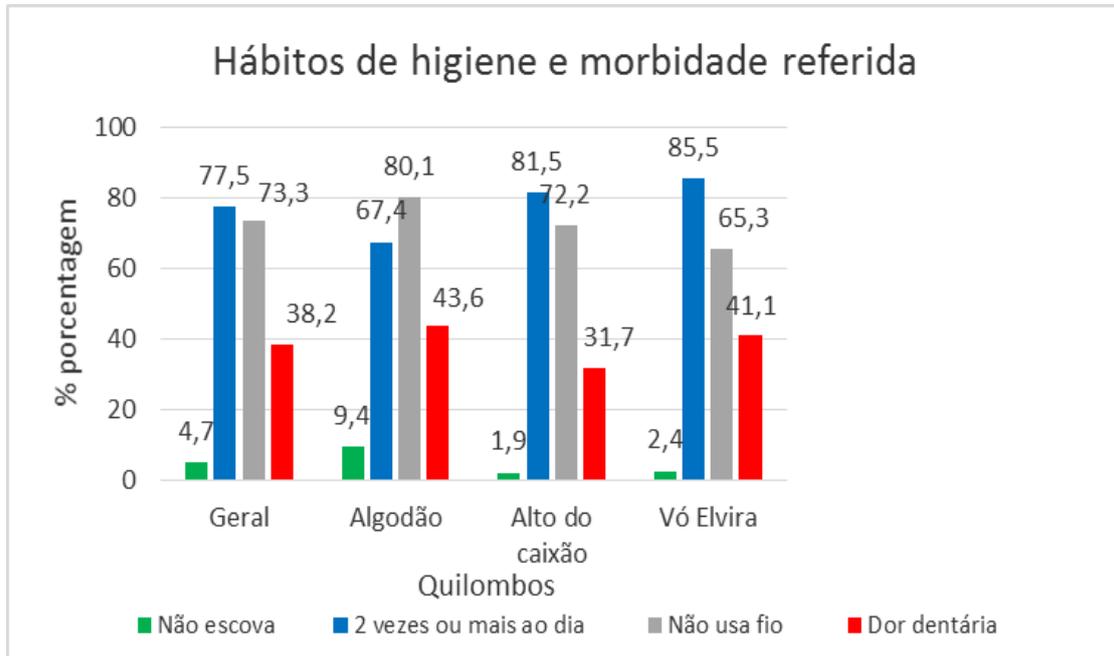


Gráfico 1. Hábitos de higiene bucal e morbidade referida dos quilombolas com cinco anos ou mais de Pelotas/RS. (N=548)

Valores do Teste Exato de Fischer para escovação e quantidade de escovação ($p < 0,005$) e valores de p do qui-quadrado para uso do fio dental ($p = 0,015$) e dor dentária ($p = 0,041$).

Tabela 3. Descrição do uso de serviço e auto percepção em saúde bucal pela população de quilombolas de cinco anos ou mais em Pelotas/RS, 2016. (N=548)

Características	5-11 anos	12-17 anos	18-59 anos	60 ou mais anos	Valor p
Consultou o dentista (548)					*<0.001
Não	23(25.0)	9(10.1)	23(7.4)	3(5.4)	
Sim	69(75.0)	80(89.9)	288(92.6)	53(94.6)	
Tempo decorrido da última consulta (490)					*<0.001
Menos de 1 ano	21(30.4)	53(66.3)	152(52.8)	14(26.4)	
1 a 2 anos	19(27.5)	24(30.0)	73(25.3)	9(16.0)	
3 ou mais anos	29(42.1)	3(3.7)	63(21.9)	30(56.6)	
Local da consulta (480) +					**0.002
Unidade Básica de saúde	65(94.2)	72(92.3)	228(81.1)	39(75.0)	
Particular/convênio	4(5.8)	6(7.7)	53(18.9)	13(25.0)	
Motivo da última consulta (487) +					*<0.001
Revisão	42(60.9)	26(32.5)	50(17.5)	9(17.0)	
Dor	13(18.8)	16(20.0)	71(24.9)	6(11.3)	
Tratamento	12(17.4)	36(45.0)	152(53.4)	30(56.6)	
Outro motivo	2(2.9)	2(2.5)	12(4.2)	8(15.1)	
Avaliação do serviço utilizado (484) +					*0.094
Muito boa/boa	55(84.6)	69(86.3)	240(83.9)	51(96.2)	
Regular/muito ruim/ruim	10(15.4)	11(13.7)	46(16.1)	2(3.8)	
Necessidade de tratamento (505) +					**0.001
Não	30(33.7)	32(36.4)	69(23.3)	22(68.8)	
Sim	59(66.3)	56(63.6)	227(76.7)	10(31.2)	
Auto percepção boca/dentes (547) +					*<0.001
Satisfeito	51(56.0)	43(48.3)	120(38.6)	40(71.4)	
Indiferente	18(19.8)	18(20.2)	76(24.4)	3(5.4)	
Insatisfeito	22(24.2)	28(31.5)	115(37.0)	13(23.2)	
Uso prótese total/parcial (456)					*<0.001
Não	-	89(100)	245(78.8)	18(32.1)	
Sim	-	0(0)	66(21.22)	38(67.9)	
Necessidade prótese (452) +					*<0.001
Não	-	88(98.9)	188(61.0)	27(49.1)	
Sim	-	1(1.1)	120(39.0)	28(50.9)	

* Valor p do teste Fisher

** Valor p do teste do Qui-Quadrado

***Variáveis para maiores de 12 anos

+ Variáveis com missing

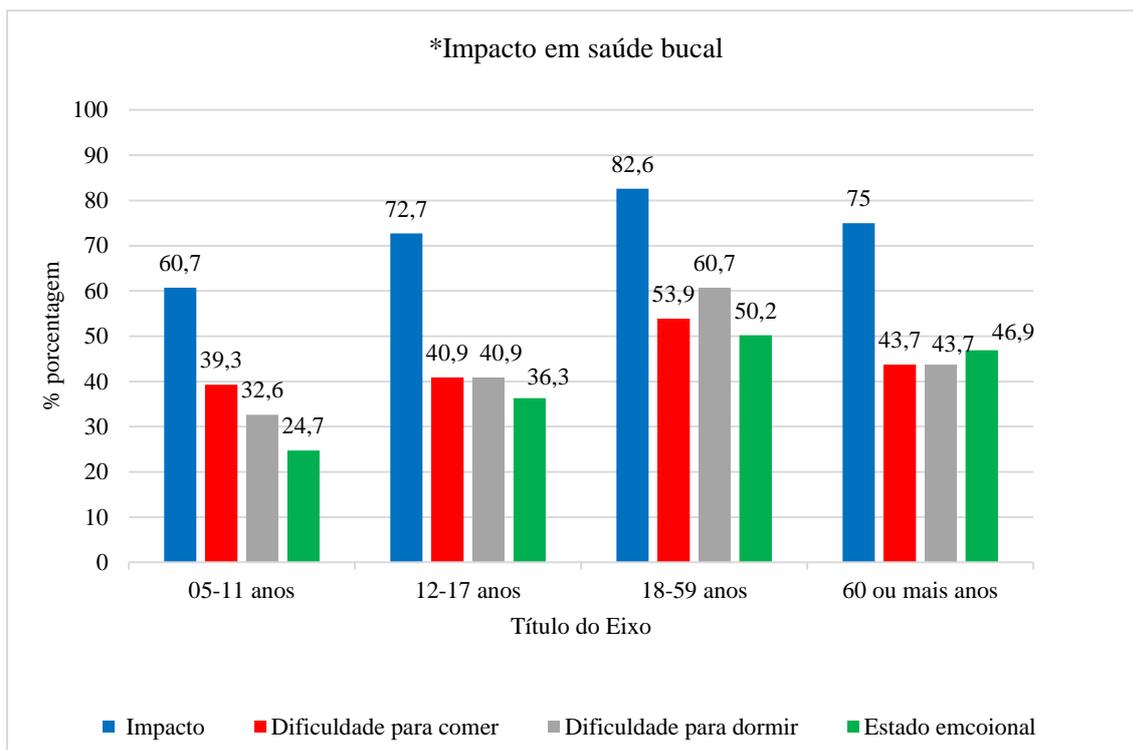


Gráfico 2. Impacto e principais escores do OIDP dos quilombolas de 5 anos ou mais anos de Pelotas/RS, 2016 ($p < 0.001$). (N=548)

*Impacto das condições de saúde bucal na vida diária das pessoas (OIDP)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Características dos domicílios quilombolas maiores de 5 anos de Pelotas/RS. (N=175)

Tabela 2. Descrição da população de quilombolas maiores que cinco anos quanto às variáveis demográficas (sexo, cor, idade e estado civil), socioeconômicas (escolaridade e renda) e comportamentais (tabagismo e consumo de álcool). Pelotas/RS, 2016. (N=548)

Tabela 3. Descrição do uso de serviço e auto percepção em saúde bucal pela população de quilombolas de cinco anos ou mais em Pelotas/RS, 2016. (N=548)

Gráfico 1. Hábitos de higiene bucal e morbidade referida dos quilombolas com cinco anos ou mais, em Pelotas/RS, 2016. (N=548)

Gráfico 2. Impacto e principais escores do OIDP dos quilombolas de 5 anos ou mais de Pelotas/RS, 2016 ($p < 0.001$). (N=548)

VI. NOTA A IMPRENSA

Vulnerabilidade da Saúde bucal dos quilombolas de Pelotas/RS

A saúde bucal dos quilombolas de Pelotas-RS foi alvo de um estudo realizado pelo Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Foram avaliados moradores das comunidades Quilombo do Algodão, Quilombo Alto do Caixão e Quilombo Vó Elvira, no período de outubro a dezembro de 2016.

Os resultados do estudo mostram uma desigualdade entre essas populações. Destaca-se o quilombo do Algodão, por apresentar piores condições de moradia, piores condições socioeconômicas e comportamentais. Além disso, também, apresentam os piores hábitos de higiene bucal.

Para os três quilombos, o local mais utilizado nas consultas ao dentista foi a Unidade Básica de saúde (UBS), sendo a percepção com o serviço utilizado bom ou muito bom. Quanto aos hábitos de higiene oral, a grande maioria refere escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia embora não costume usar fio dental.

Nos três quilombos há muitos indivíduos com dor de dente. Há, também, necessidade de uso de prótese, especialmente nos mais velhos. Os moradores adultos dos quilombos percebem mais a necessidade de tratamento odontológico e os impactos da saúde bucal na qualidade de vida.

Apesar dos problemas, as crianças e os idosos se mostram mais satisfeitos com sua boa/dentes em relação aos grupos dos adolescentes e adultos.

O estudo evidenciou a importância dos serviços públicos de saúde para estas comunidades. O planejamento em saúde bucal deve promover ações preventivas e assistenciais que visem aumentar o conhecimento sobre a saúde bucal e melhoria do autocuidado. Conhecer essa população, levando-se em conta a localização geográfica é fundamental para o desenvolvimento de políticas de saúde bucal no município, no sentido de minimizar as consequências para a saúde dos quilombolas, pois ações preventivas e assistenciais devem levar em consideração essas particularidades.

VII. ANEXOS

ANEXO I – Ficha de Exame



Ficha de Exame

EXAMINADOR
 ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	SETOR CENSITÁRIO	DOMICÍLIO
<input type="text"/>				

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Cor/Raça Realização do Exame

<p>EDENTULISMO</p> <p>15-19, 35-44 e 65-74 anos USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup <input type="text"/> Inf <input type="text"/></p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup <input type="text"/> Inf <input type="text"/></p>	<p>CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA</p> <p>DAI (12 e 15 e 19 anos)</p> <p>DENTIÇÃO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Número de incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos</p> <p>ESPAÇO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Apinhamento na região de incisivos Espaçamento na região de incisivos Distância em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm</p> <p>OCLUSÃO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ovejet maxilar anterior em mm Ovejet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior</p>	<p>MÁ-OCCLUSÃO (5 anos)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Chave de Caninos Sobres-seliência Sobre-mordida Mordida Cruzada Posterior</p>
---	---	---

FLUOROSE

12 anos

TRAUMATISMO DENTÁRIO

12 anos

	12	11	21	22
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	42	41	31	32
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 e 44 e 65 e 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>															
Raiz	<input type="text"/>															
Trat.	<input type="text"/>															

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>															
Raiz	<input type="text"/>															
Trat.	<input type="text"/>															

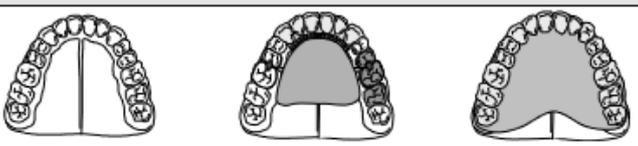
CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 e 19, 35 e 44 e 65 e 74 anos PIP: 35 e 44 e 65 e 74 anos

<p>17/16</p> <p>11</p> <p>26/27</p> <p>37/36</p> <p>31</p> <p>46/47</p> <p>BANGRAMENTO GENGIVAL</p>	<p>→ CPI →</p> <p>17/16</p> <p>11</p> <p>26/27</p> <p>37/36</p> <p>31</p> <p>46/47</p> <p>CÁLCULO DENTÁRIO</p>	<p>→ PIP →</p> <p>17/16</p> <p>11</p> <p>26/27</p> <p>37/36</p> <p>31</p> <p>46/47</p> <p>BOLSA PERIODONTAL</p>
---	--	---

ANEXO II - Critérios para preenchimento da ficha de exame clínico

A-Edentulismo

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p> <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p> <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <u>um elemento</u>	 <p>Espaço protético unitário anterior</p> <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <u>mais de um elemento</u>	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p> <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

ANEXO III - CPO-D/ceo-d

Código			Condição
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)
L	9	9	Dente excluído

Necessidade de tratamento

Código	Tratamento
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	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

ANEXO IV - Índice Periodontal Comunitário

Sangramento:

- 0** - Ausência
- 1** - Presença
- X** - Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9** - Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

- 0** - Ausência
- 1** - Presença
- X** - Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9** - Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

- 0** - Ausência
- 1** - *Presença de Bolsa Rasa:* Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.
- 2** - *Presença de Bolsa Profunda:* Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
- X** - Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9** - Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

VIII. APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE</p>	
<p>FACULDADE DE MEDICINA</p>		
<p>PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA</p>		
<p>AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.</p>		
<p>Meu nome é <...> Sou da Universidade e faço parte do grupo de pesquisa que está estudando os moradores deste quilombo. <u>[ANOTAR OS DADOS NA FOLHA DE VISITAS]</u>.</p>		
<p>Bloco Familiar Respondido pela pessoa responsável da família</p>		
<p>1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____ ENTREVISTADOR: _____</p>	<p>nq _____</p>	
<p>2. QUILOMBO: ____ DOMICÍLIO: _____ ENTREVISTADO: _____ ENDEREÇO: _____</p>	<p>entre ____</p>	
<p>3. TENTATIVAS: 1ª ____ 2ª ____ 3ª ____ (1) Sim, entrevistada (2) Recusa (3) Sim, marcou para outro dia (4) Não, ausente () Outro: _____</p>	<p>quilo ____</p>	
<p>4. NOME: (Confirmar)? _____</p>	<p>domi ____</p>	
<p>5. NOME DO INFORMANTE: _____ TELEFONE: _____</p>	<p>entrev ____</p>	
<p>6. DATA DA ENTREVISTA: ____/____/2016.</p>	<p>tenta1 ____</p>	
<p>7. Quantas pessoas moram aqui na sua casa? _____ pessoas</p>	<p>tenta2 ____</p>	
<p>8. Quantos menores de 18 anos moram nesta casa? _____ menores</p>	<p>tenta3 ____</p>	
<p>9. Quantas peças tem a sua casa? (NÃO INCLUIR: BANHEIROS, CORREDORES E GARAGEM) _____ peças</p>	<p>de __/__/2016</p>	
<p>10. Quantas peças usam para dormir? _____ peças</p>	<p>pesmor ____</p>	
	<p>menor ____</p>	
	<p>peças ____</p>	
	<p>dormir ____</p>	

<p>11. TIPO DE CASA (OBSERVAR, SE NECESSÁRIO PERGUNTAR):</p> <p>(1) Tijolos com reboco (2) Tijolos sem reboco (3) Madeira</p> <p>(4) Mista (tijolos e madeira) (5) Barro/lata/palha/papelão () Outro</p>	<p>tipcas __</p>
<p>12. Na maior parte das peças da casa, de que tipo é o piso?</p> <p>(1) Madeira (tábua ou parquetê) (2) Lajota / ladrilho / tijoleta</p> <p>(3) Cimento (4) Carpete</p> <p>(5) Chão batido () Outro: _____</p>	<p>tippis __</p>
<p>13. Tem água encanada em casa?</p> <p>(1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal (3) Não</p>	<p>agua __</p>
<p>14. De onde vem a água da casa usada para beber?</p> <p>(1) Sanep (2) Poço artesiano</p> <p>(3) Cacimba (4) Riacho / córrego / lagoa</p> <p>(5) Açude / agüada () Outro: _____</p>	<p>beber __</p>
<p>15. Como é vaso sanitário / patente da casa?</p> <p>(1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga</p> <p>(3) Casinha / fossa negra (4) Não tem</p>	<p>sanita __</p>
<p>16. Tem fogão em casa? (0) Não →[18] (1) Sim</p>	<p>fogao __</p>
<p>17. SE SIM:</p> <p>Que tipo de fogão tem? (1) Gás (2) Elétrico (3) Lenha</p> <p>(4) Lenha e outro (8) NSA</p>	<p>tipfog __</p>
<p>Neste domicílio TEM:</p>	
<p>18. Televisão? (0) não (1) sim</p>	<p>telev __</p>
<p>19. Geladeira? (0) não (1) sim</p>	<p>gelade __</p>
<p>20. DVD? (0) não (1) sim</p>	<p>dvd __</p>
<p>21. Máquina de lavar roupa? (0) não (1) sim</p>	<p>lavar __</p>
<p>22. Máquina de secar roupa? (0) não (1) sim</p>	<p>secar __</p>
<p>23. Telefone fixo? (0) não (1) sim</p>	<p>fixo __</p>
<p>24. Telefone celular? (0) não (1) sim</p>	<p>movel __</p>
<p>25. Forno microondas? (0) não (1) sim</p>	<p>micro __</p>
<p>26. Computador ou notebook? (0) não (1) sim</p>	<p>laptop __</p>
<p>27. Acesso à internet? (0) não (1) sim</p>	<p>net __</p>

28. Motocicleta?	(0) não	(1) sim	moto __
29. Automóvel?	(0) Não	(1) Sim	auto __
30. Há quanto tempo você mora nesta casa?	__ __ anos, __ __ meses		tempmo __ __ tempme __ __



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.

Meu nome é <...> Sou da Universidade e faço parte do grupo de pesquisa que está estudando os moradores deste quilombo. [ANOTAR OS DADOS NA FOLHA DE VISITAS]).

Questionário Adulto

7. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____ ENTREVISTADOR: ____

8. QUILOMBO: ____ DOMICÍLIO: ____ ENTREVISTADO: ____
ENDEREÇO: _____

9. TENTATIVAS: 1ª ____ 2ª ____ 3ª ____

(1) Sim, entrevistada (2) Recusa (3) Sim, marcou para outro dia
(4) Não, ausente () Outro: _____

10. NOME: (Confirmar)? _____

11. NOME DO INFORMANTE: _____
TELEFONE: _____

12. DATA DA ENTREVISTA: ____/____/2016

Bloco A - Geral

A1. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____

A2. Qual seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino

A3. Qual sua RAÇA ou COR?: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda
(5) Indígena (9) Não sei

A4. Você:

(1) Vive com companheiro (a) / casado (a) (2) Solteiro (a)
(3) Desquitado (a) / divorciado (a) (4) Viúvo (a)
() Outro: _____ (9) IGN

nq _____

entrevdor ____

quilo ____

domi ____

entrevdo ____

Tenta1 ____

Tenta2 ____

Tenta3 ____

de __/__/____

dn __/__/____

sexo ____

cor ____

estciv ____

A5. Você sabe ler e escrever? (0) Não→[B1] (1) Sim (2) Só assinar→[B1]

A6. **SE SIM:** Quantos anos você estudou? ___ ano (s)

Bloco B – Costumes, comportamentos e

B1. Você fuma cigarros?

(0) Não → [B4] (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias

B2. Se fuma, com que idade começou? ___ (anos completos)

B3. Se fuma, quantos cigarros fuma por dia? ___ (cigarros) ou ___ maços

B4. Nunca fumou ou parou de fumar? (1) Nunca fumou → [B8] (2) Parou

B5. Se parou de fumar, com que idade começou? ___ (anos completos)

B6. Se parou de fumar, quantos cigarros fumava por dia?

___ (cigarros) ou ___ maços

B7. Se parou de fumar, há quanto tempo parou? ___ meses ___ anos

B8. Você bebe bebida alcoólica (cerveja, cachaça, uísque ou vinho)?

(0) Não → [B11] (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias

B9. Se bebe, com que idade começou? ___ (anos completos)

B10. Se bebe, quantas dias bebe por semana? ___ (dias)

B11. Em geral como você avalia a sua saúde?

(1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim

B12. Algum médico alguma vez já disse que você tem **anemia falciforme**?

(0) Não (1) Sim

B13. Algum médico alguma vez já disse que você tem **pressão alta**?

(0) Não (1) Sim

B14. Você toma algum remédio para controlar **problema de pressão**?

(0) Não (1) Sim

B15. Algum médico alguma vez já disse que você tem **diabetes**?

sabler ___

anos ___

fuma ___

idafuma ___

quanfum ___

nfupar ___

idfumou ___

qufumou ___

tempam ___

tempaa ___

bebe ___

idabebe ___

diabebe ___

saúde ___

falci ___

pressa ___

remedio ___

(0) Não	(1) Sim		diabete __
B16. Nos últimos 12 meses (de outubro do ano passado para cá) você perdeu peso sem fazer dieta?			
(0) Não	(1) Sim		perdeu __
B17. Nos últimos 12 meses (de outubro do ano passado para cá) você acha que a sua força diminuiu?			
(0) Não	(1) Sim		força __
B18. Nos últimos 12 meses (de outubro do ano passado para cá) você acha que faz menos atividade física?			física __
(0) Não	(1) Sim		esforç
B19. Com que frequência na última semana você sentiu que tudo que fez exigiu grande esforço?			
(0) Nenhuma vez	(1) Poucas vezes	(2) Muitas vezes	fracas
B20. Com que frequência na última semana você sentiu que não conseguia levar adiante suas coisas?			
(0) Nenhuma vez	(1) Poucas vezes	(2) Muitas vezes	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <h2>Bloco C- Odontologia</h2> </div>			
C1. Você possui dentes?		(0) Não → [C21]	(1) Sim
C2. Você costuma escovar os dentes?		(0) Não → [C9]	(1) Sim
C3. Quantas vezes, por dia, você costuma escovar os dentes?		__ __	(vezes)
C4. Você utiliza pasta de dente com flúor para escovar?		(0) Não	(1) Sim
C5. Você costuma usar fio dental?		(0) Não → [C7]	(1) Sim
C6. Quantas vezes, por dia, você costuma usar fio dental?		__ __	(vezes)
C7. Você acha que necessita de tratamento dentário, atualmente?			
(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe/Não respondeu	quantesc __ __
C8. Nos últimos 6 meses você sentiu dor de dente?			flúor __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (bangela)	(9) Não sabe/Não respondeu
			fio __
			quantfio __ __
			trat __

<p>C9. Se sim, aponte nessa escala quanto era a sua dor: 1 para pouca dor e 5 para muita dor. (MOSTRAR ESCALA DE 1-2-3-4-5 DE ACORDO COM A DOR E PEDIR PARA APONTAR QUANTO TINHA DE DOR):</p>	<p>dorde __ escdor __</p>
<p>(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5</p>	
<p>C10. Você teve dificuldade para comer por causa dos seus dentes ou sentiu dor de dentes ao comer líquidos gelados ou quentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>dificul __</p>
<p>C11. Os seus dentes incomodaram ao escovar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>incomod __</p>
<p>C12. Você ficou nervoso ou irritado por causa dos seus dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>nervoso __</p>
<p>C13. Alguma vez você deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios, por causa dos seus dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>diverti __</p>
<p>C14. Alguma vez, você deixou de praticar esportes por causa dos dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>sports __ falar __</p>
<p>C15. Alguma vez você teve dificuldade para falar por causa dos dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>vergonh __</p>
<p>C16. Alguma vez você sentiu vergonha de sorrir ou falar, por causa de seus dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>tarefas __</p>
<p>C17. Alguma vez, as condições de seus dentes o atrapalharam para estudar ou trabalhar ou fazer tarefas escolares ou do trabalho?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>dormiu __</p>
<p>C18. Alguma vez você dormiu mal, ou não dormiu por causa de seus dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	<p>dentes __ __</p>

<p>C19. Quantos dentes naturais você tem na arcada de cima da boca? (Se preciso for passe a língua para contar) _____ dentes</p>	<p>dentei ___</p>
<p>C20. Quantos dentes naturais você tem na arcada de baixo da boca? (Se for preciso passe a língua para contar) _____ dentes</p>	<p>dentist ___</p>
<p>C21. Alguma vez na vida você já consultou um dentista?</p>	<p>quandom ___</p>
<p>(0) Não→ [C26] (1)Sim</p>	<p>quandoa ___</p>
<p>C22. Se sim, quando consultou a última vez? Há ___ meses ___ anos</p>	<p>locdent ___</p>
<p>C23. Se sim, onde você consultou?</p>	<p>motivo ___</p>
<p>(1) UBS (2) Consultório Particular (3) Convênio (4) Pronto socorro (5) Outro lugar: _____</p>	
<p>C24. Se sim, porque teve que consultar?</p>	<p>comofoi ___</p>
<p>(1) Só pra fazer revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Tirar um dente (4) Tratamento (5) Outro motivo (8) Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista) (9) Não sabe / Não respondeu</p>	
<p>C25. Se sim, o que você achou da última consulta?</p>	<p>satiden ___</p>
<p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4)Ruim (5) Muito Ruim (9)Não sabe/Não respondeu</p>	
<p>C26. Com relação a seus dentes e/ou sua boca, você diria que está?</p>	<p>usaprott ___</p>
<p>(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (9)Não sabe/não respondeu</p>	
<p>C27. Você usa prótese dentária total (dentadura)?</p>	<p>necprott ___</p>
<p>(0) Não (1)Sim (9) Não sabe/Não respondeu</p>	
<p>C28. Você considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?</p>	<p>usaprotp__</p>

(0) Não (1)Sim (9) Não sabe/Não respondeu

C29. Você usa prótese dentária parcial?

(0) Não (1)Sim (9) Não sabe/Não respondeu

C30. Você considera que necessita usar prótese parcial ou trocar a que está usando atualmente?

(0) Não (1)Sim (9) Não sabe/Não respondeu

Bloco D - Renda

D1. Quanto o(a) Sr.(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias e aposentadoria)?

Renda R\$ _____, _____ (99999,99) IGN

D2. Você tem outra fonte de renda, como aluguel, pensão, bolsa família, vale gás, etc.?

Outra renda: R\$ _____, _____ (99999,99) IGN

necprotp__

renda _ _ _ _ _

renout _ _ _ _ _



AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.

Meu nome é <...> Sou da Universidade e faço parte do grupo de pesquisa que está estudando os moradores deste quilombo. [ANOTAR OS DADOS NA FOLHA DE VISITAS].

Questionário Criança até 12 anos

1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____ ENTREVISTADOR: _____

2. Quilombo: ____ Domicílio: ____ ENTREVISTADO: ____

ENDEREÇO: _____

3. TENTATIVAS: 1ª ____ 2ª ____ 3ª ____

(1) Sim, entrevistada (2) Recusa (3) Sim, marcou para outro dia

(4) Não, ausente () Outro: _____

4. NOME: (Confirmar)? _____

5. NOME DO INFORMANTE: _____

TELEFONE: _____

6. DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / 2016

Bloco A -Geral

A1. Qual a data de nascimento de <CRIANÇA>? ____ / ____ / _____

A2. Qual o sexo <CRIANÇA>? (1) Masculino (2) Feminino

A3. Qual a COR? (referida): (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda
 (5) Indígena (9) Não Sei

A4. < CRIANÇA > TEM MENOS DE 5 ANOS? (0) Não (1) Sim →[C1]

A5. <CRIANÇA> sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (3) Só assinar

A6. SE SIM: Quantos anos <CRIANÇA> estudou? ____ ano (s)

nq _____

entre ____

quilo ____

domi ____

entrev ____

Tenta1 ____

Tenta2 ____

Tenta3 ____

de ____ / ____ / _____

dn ____ / ____ / _____

sexo ____

cor ____

cinco ____

sabe ____

anos ____

Bloco B - Odontologia

<p>B1. <CRIANÇA> costuma escovar os dentes? (0) Não→ [B4] (1) Sim</p>	<p>escov __</p>
<p>B2. Quantas vezes, por dia, <CRIANÇA> costuma escovar os dentes? ___ (vezes)</p>	<p>quanesc ___</p>
<p>B3. <CRIANÇA> costuma usar pasta com flúor? (0) Não (1) Sim</p>	<p>fluor __</p>
<p>B4. <CRIANÇA> costuma usar fio dental? (0) Não→ [B6] (1) Sim</p>	<p>fio __</p>
<p>B5. Quantas vezes, por dia, <CRIANÇA> costuma usar fio dental? ___ (vezes)</p>	<p>quanfio ___</p>
<p>B6. Você acha que <CRIANÇA> necessita de tratamento dentário, atualmente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe/Não respondeu</p>	<p>trat __</p>
<p>B7. Nos últimos 6 meses <CRIANÇA> sentiu dor de dente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe/Não respondeu</p>	<p>dorde __</p>
<p>B8. Alguma vez na vida <CRIANÇA> já consultou um dentista? (0) Não→ [B14] (1) Sim (9) Não sabe/Não respondeu</p>	<p>dentist __</p>
<p>B9. Se sim, quando <CRIANÇA> consultou a última vez? Há ___ meses ___ anos ___ dias</p>	<p>quandom ___ quandoa ___ quandia ___</p>
<p>B10. Se sim, onde <CRIANÇA> consultou? (1) UBS (2) Consultório Particular (3) Convênio (4) Pronto socorro (5) Outro lugar: _____</p>	<p>locdent __</p>
<p>B11. Se sim, porque teve que consultar? (1) Só pra fazer revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Tirar um dente (4) Tratamento (5) Outro motivo (8) Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista)</p>	<p>motivo __</p>

(9) Não sabe / Não respondeu	
<p>B12. Se sim quem acompanhou a criança na consulta?</p> <p>(1) Mãe/pai (2) Vó/vô (3) irmão (4) Outra pessoa (8) Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista) (9) Não sabe / Não respondeu</p>	quem __
AS QUESTÕES B13 a B23 REFEREM-SE À PERCEPÇÃO DA MÃE	
<p>B13. Se sim, o que você achou da última consulta (percepção da mãe)?</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8) NSA (Não foi o informante que acompanhou) (9) Não sabe / Não respondeu</p>	comofoi __
<p>B14. Com relação a seus dentes e sua boca, você diria que <CRIANÇA> está: (percepção da mãe)</p> <p>(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (9) Não sabe/não respondeu</p>	satisden __
<p>B15. Você considera que <CRIANÇA> teve dificuldade para comer por causa dos seus dentes ou sentiu dor de dentes ao comer líquidos gelados ou quentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	dificul __
<p>B16. Você considera que os dentes de <CRIANÇA> incomodaram ao escovar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	incomod __
<p>B17. Você observa se <CRIANÇA> fica nervoso ou irritado por causa dos seus dentes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	nervoso __

<p>B18. Alguma vez <CRIANÇA> deixou de se divertir, de brincar, ou passear, por causa dos seus dentes?</p>	<p>diverti __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	
<p>B19. Alguma vez, <CRIANÇA> deixou de praticar esportes por causa dos dentes?</p>	<p>sports __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	
<p>B20. Alguma vez <CRIANÇA> teve dificuldade para falar por causa dos dentes?</p>	<p>falar __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	
<p>B21. Você considera que alguma vez <CRIANÇA> sentiu vergonha de sorrir ou falar, por causa de seus dentes?</p>	<p>vergonh __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	
<p>B22. Alguma vez, as condições dos dentes de <CRIANÇA> atrapalharam para estudar ou fazer tarefas escolares?</p>	<p>tarefas __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	
<p>B23. Alguma vez <CRIANÇA> dormiu mal, ou não dormiu por causa dos dentes?</p>	<p>dormiu __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei/Não respondeu</p>	

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o Sr. (a) a participar da pesquisa “SAÚDE BUCAL DOS QUILOMBOLAS DE PELOTAS, RS”, sob a responsabilidade do coordenador Professor Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch (silvio@brturbo.com.br), a qual pretende avaliar a situação saúde bucal dos quilombos de Pelotas através de um questionário estruturado e de um exame clínico.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas a um questionário aplicado por um entrevistador e exame clínico realizado por uma cirurgiã-dentista. As informações serão confidenciais onde constarão questões sobre sua saúde.

Se você aceitar participar estará contribuindo para o conhecimento de vários fatores que podem interferir na saúde da população quilombola de Pelotas. A pesquisa envolve riscos mínimos. Se houver qualquer desconforto físico ou emocional relacionados aos procedimentos da pesquisa não hesite em nos contatar para que possamos resolver imediatamente. As unidades de saúde da sua comunidade estão preparadas para lhe dar todo suporte necessário. Se houver alguma outra necessidade contate-nos diretamente.

Se depois de consentir sua participação o Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem prejuízo á sua pessoa. O sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o sr.(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG, junto á Faculdade de Medicina – FAMED ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS – FURG) End: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Visconde de Paranaguá, 102, CEP 96200-190 Rio Grande/RS. Telefone (53)32330235.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas tanto por mim quanto pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: -----/-----/-----

Assinatura do participante-----

Assinatura do pesquisador-----

APÊNDICE III – Termo de Autorização da Chefia Responsável

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO RELACIONADO À SAÚDE BUCAL NOS QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS”, proposto pela pesquisadora cirurgiã-dentista Joelma Nunes de Freitas, orientanda pelo Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch. O referido projeto será realizado através de um exame clínico oral e aplicação de um questionário estruturado no próprio domicílio dos residentes dos Quilombos e só será iniciado a partir da apresentação do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CEPAS/FURG.

Atenciosamente,

Secretária Municipal de Pelotas