



Associação entre saúde bucal, variáveis sociais, culturais e de acesso em indivíduos de uma população quilombola

Association between oral health, social, cultural and access variables in individuals from a quilombola population

Libia Santos Bomfim^{1*}, Edna Maria de Araújo², Magali Teresópolis Reis Amara³, Igor Ferreira Borba de Almeida⁴, Márcio Campos Oliveira⁵

^{1,2,3,4,5} Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana (BA), Brasil.

*Autor correspondente: Libia Santos Bomfim – *E-mail*: libiabomfim@hotmail.com

RESUMO

Avaliar as condições de saúde bucal e sua relação com os aspectos socioculturais e de acesso a serviços odontológicos em quilombolas do Município de Cachoeira (BA). Realizou-se um estudo transversal, examinando 128 indivíduos. A análise estatística foi conduzida através da distribuição das frequências das variáveis demográficas e socioeconômicas. O cálculo de associação entre as variáveis e os desfechos foi obtido pelas Razões de Prevalências e respectivos intervalos de confiança. Constatou-se que há significância estatística (IC 95%) entre a doença periodontal e dieta cariogênica, plantas medicinais e bochecho com chá ou enxaguante bucal, assim como existiu associação entre a cárie dentária e a dificuldade de acesso a serviços odontológicos, odontalgia e o edentulismo. A maior prevalência dos agravos bucais investigados foi em indivíduos adultos e predominantemente em mulheres, sendo que a maior parte dos indivíduos possuía apenas o ensino fundamental e renda inferior a um salário-mínimo.

Palavras-chave: Epidemiologia. Saúde bucal. Saúde pública. Etnia.

ABSTRACT

To evaluate oral health conditions and their relationship with sociocultural aspects and access to dental services in quilombolas in the municipality of Cachoeira, Bahia. A cross-sectional study was carried out, examining 128 individuals. Statistical analysis was conducted through the frequency distribution of demographic and socioeconomic variables. The calculation of the association between variables and outcomes was obtained using Prevalence Ratios and respective confidence intervals. It was found that there is statistical significance (CI 95%) between periodontal disease and cariogenic diet, medicinal plants and mouthwash with tea or mouthwash, as well as an association between dental caries and difficulty in accessing dental services, toothache and edentulism. The highest prevalence of oral diseases investigated was in adult individuals and predominantly in women, and most individuals had only elementary education and income below the minimum wage.

Keywords: Epidemiology. Oral health. Public health. Ethnicity.

*Recebido em Fevereiro 07, 2023
Aceito em Março 18, 2023*

INTRODUÇÃO

O ser humano na condição de sujeito de direitos, deve e merece ser tratado de forma igual entre seus pares, contudo, sabe-se que os direitos humanos não são universais. A condição social pode excluir e por muitas vezes matar grande parte das pessoas como consequência da falta de acesso a serviços básicos de saúde ou à exposição a violência^{1,2}.

No contexto da saúde pública, ressalta-se que algumas condições influenciam diretamente na atenção à doença, como restrições e/ou oportunidades de acesso e tais condições geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas^{3,4} e geram as desigualdades sociais, as quais somadas ao processo de exclusão social, acabam por repercutir em efeitos deletérios na saúde geral e bucal⁵.

Mesmo em países desenvolvidos, a disponibilidade de serviços odontológicos é desigual e varia de acordo com os fatores sociais, políticos e econômicos das pessoas^{6,7}. No contexto brasileiro, estudos apontam que ocorrem maiores obstáculos à assistência à saúde geral⁸ e bucal dos indivíduos negros (pretos e pardos) do que dos brancos, notando-se que em relação ao acesso, para os negros é majoritariamente pelo serviço público^{4,5,9,10,11}.

Exemplifica-se com o que ocorre na comunidade rural e quilombola de Bomjardim da Prata do norte de Minas Gerais, onde a falta de água tratada, saneamento, a ausência de atenção médico-odontológica e a gravidade da situação bucal dessa comunidade constatada em um levantamento de necessidades, apontam que esta população está excluída do acesso à saúde preconizado pela Constituição Federal do Brasil⁶.

Dessa forma, Gibran⁷ considerando também a saúde da população negra, aponta que esta, em nosso país, apresenta os piores índices de escolaridade, baixos salários e baixa expectativa

de vida, refletindo nas condições de saúde bucal, sendo que, o estado dos dentes representa um dos mais significativos sinais de exclusão social, seja pelos agravos bucais, seja pelas dificuldades de acesso aos serviços assistenciais. Os agravos de saúde bucal são determinados socialmente; sua severidade é condicionada pela vulnerabilidade de cada população.

A política governamental brasileira para a Saúde Bucal aponta que se deve ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais e de difícil acesso (como as comunidades quilombolas), porém, esse segmento populacional esteve e ainda está excluído do processo atual de desenvolvimento⁸.

Nesse sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2010)⁹, afirma que a população adulta, ao longo dos últimos sete anos, está tendo um maior acesso a serviços odontológicos, sinalizando uma importantíssima inversão de tendência registrada no país. Porém, no Nordeste, ainda ocorre um menor acesso aos serviços odontológicos. Como pode ser confirmado em estudo realizado por Carvalho et al¹⁰ o qual constatou que as doenças bucais têm prevalecido nas populações rurais e de forma mais severa, apresentando níveis importantes de edentulismo. Igualmente, Macedo et al¹¹, reafirmam em estudo realizado em população rural do interior do nordeste, que 50% da população estudada apresentou mais de 4 dentes perdidos.

Especificamente para as comunidades quilombolas brasileiras, destaca-se que faltam estudos que enfoquem grupos étnicos e vulneráveis, necessários para o desenvolvimento de programas eficazes para lidar com problemas específicos de saúde bucal. É importante considerar que o histórico de injustiças sociais e descaso com a população afrodescendente produziu condições sociais e econômicas que afetam diretamente a saúde dessas pessoas⁷.

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a questão do acesso à saúde nas comunidades quilombolas é uma questão social que requer debate, sobretudo quando se reflete sobre a exclusão, iniquidade, desigualdade, cultura e identidade étnica¹². Diante do exposto, este artigo tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal e sua relação com os aspectos socioculturais e de acesso a serviços odontológicos em homens e mulheres remanescentes das comunidades quilombolas do Município de Cachoeira (BA).

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi submetida à avaliação e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (nº 052448/2012). Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e os exames foram realizados após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Trata-se de um estudo de análise transversal cujos dados foram obtidos de um estudo epidemiológico observacional que teve por objetivo “avaliar as condições de saúde bucal e sua relação com os aspectos biossocioculturais em homens e mulheres remanescentes de quilombos nas faixas etárias de interesse (20 a 59 anos e \geq 60 anos) das comunidades quilombolas no Município de Cachoeira (BA)”.

Este é um município do Recôncavo Baiano que possui 32.026 habitantes, tendo como campo de estudo, propriamente dito, o distrito de Santiago do Iguape, o qual fica a 40 km do centro da cidade e possui uma população de aproximadamente 5.000 habitantes, e conta com 08 comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) desde junho de 2004, composta por 297 famílias e 1.233 pessoas (incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos).

Para este estudo, trabalhou-se com a população das 08 comunidades quilombolas, compreendendo 300 indivíduos (aptos a participarem do estudo, segundo o critério de idade), ou seja, todos os homens e mulheres, seguindo-se as faixas etárias disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que são de 20 a 59 anos e \geq 60 anos. Dessa forma, foram contabilizados 276 adultos e 24 idosos nessas faixas etárias, porém, no decorrer da coleta de dados, houve a necessidade de o estudo ser convertido para uma amostra de 128 indivíduos, em função da dificuldade de acesso, tais como limitações de ordem geográfica, pessoas ausentes devido ao horário da coleta dos dados (tarefas domésticas e outros) e recusa em realizar o exame clínico.

Os dados relativos aos 128 sujeitos foram coletados por 10 acadêmicos voluntários do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET/UEFS). Estes foram previamente calibrados seguindo-se o valor utilizado no Projeto SB Brasil 2010, ou seja, um limite de concordância mínimo de 0,65 para o Kappa. Assim, realizaram-se os exames em local com luz natural para avaliar a experiência de cárie, doença periodontal, lesão oral e edentulismo. Para o exame bucal utilizou-se espátula de madeira, espelho clínico de número 05, pinça clínica e sonda exploradora. Os dados demográficos, socioeconômicos e de acesso aos serviços odontológicos foram obtidos a partir da aplicação de um formulário (desenvolvido pela equipe de pesquisa) por um dos pesquisadores. Os indivíduos que não compareceram ao local no momento da coleta de dados tiveram outra oportunidade de encontro, em outro dia e horário, previamente agendados.

As variáveis dependentes escolhidas neste estudo foram: cárie dentária, doença periodontal, lesão oral e edentulismo. As variáveis independentes foram divididas em três dimensões: condição demográfica e socioeconômica (sexo, faixa etária, renda, estado

civil, nível de escolaridade, composição familiar, raça/cor, nº de filhos, nº de pessoas morando na casa); saberes e práticas em relação à saúde bucal (dieta cariogênica, tabagismo, alcoolismo, número de escovações diárias, instruções de higiene oral, utilização de plantas medicinais, uso de fio dental, realização de bochecho); e de acesso a serviços odontológicos (uso de medicamentos, doenças presentes, dificuldades de acesso ao serviço público, dor em alguma parte da boca, dor dentária, tratamento periodontal, cirurgia odontológica, sangramento gengival).

As informações obtidas foram analisadas pelo programa SPSS Statistics 17.0. A análise dos dados demográficos e socioeconômicos foi realizada de forma descritiva através da distribuição das frequências, para se obter o cálculo de prevalência dos agravos em saúde bucal de acordo com o gênero e faixa etária. Foi verificada a associação entre as variáveis relacionadas a saberes e práticas em saúde bucal e as de acesso aos serviços odontológicos em relação à cárie, a doença periodontal, a lesão oral e ao edentulismo, assim, calculou-se as Razões de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%), para testar a intensidade da associação entre o desfecho e as variáveis.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são descritas as características relacionadas aos fatores demográficos e socioeconômicos. Dos indivíduos examinados, 84,4% compreendiam adultos (20 a 59 anos de idade) e 15,6% idosos (60 anos ou mais), assim, houve maior participação de mulheres nesse estudo (66,4%). Quanto ao estado civil, 64,8% eram casados, 28,1% solteiros e/ou divorciados e viúvos 7%. A cor da pele foi preta em 94,5%, e 5,5% tinham cor parda.

Tabela 1. Descrição da amostra (n = 128) segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Cachoeira (BA), Brasil

Variáveis/N = 128	Frequência	%
Sexo		
Feminino	85	66,4
Masculino	43	33,6
Idade		
20 a 59 anos	108	84,4
> 60 anos	20	15,6
Escolaridade		
Até 1º Grau	99	77,3
2º Grau	26	20,3
Superior	3	2,3
Renda		
<01 Salário	33	25,8
01 a 03 Salários	31	24,2
Bolsa Família	64	50
Raça/cor		
Preta	121	94,5
Parda	7	5,5
Estado civil		
Casado	83	64,8
Solteiro/divorciado	36	28,1
Viúvo	9	7
Número de filhos		
0 a 05 filhos	102	79,7
06 a 10 filho	19	14,8
> 10 filhos	7	5,5
Número de pessoas/casa		
01 a 05 pessoas	98	76,6
06 a 10 pessoas	29	22,7
> 10 pessoas	1	8
Profissão		
Lavrador	79	61,7
Outros	49	38,3

Os achados deste estudo mostraram que 25,8% dos indivíduos possuíam um rendimento mensal inferior a um salário-mínimo e apenas 24,2% declararam renda de até 03 salários-mínimos mensais. Com relação à ocupação, 61,7% declararam serem lavradores e 38,3% relatam outras profissões (marisqueira, pescador,

professor, pedreiro, estudante etc.). Quanto à escolaridade, verificou-se que 77,3% possuíam baixo nível de escolaridade, até o ensino fundamental; 20,3% disseram ter estudado até o ensino médio e apenas 2,3% relataram ter o nível superior.

Em relação aos agravos bucais investigados (cárie, doença periodontal, lesão oral e edentulismo) as Tabelas 2 e 3 demonstram

a prevalência destas doenças estratificadas por gênero e faixa etária. Nesse aspecto, a cárie dentária está presente na proporção de 65,4% no sexo feminino contra 34,6% no sexo masculino. Quanto à prevalência da doença periodontal, houve uma maior predominância no sexo feminino, com 65,6%, em comparação com o masculino, com 34,4%.

Tabela 2. Prevalência, Razão de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) dos agravos em Saúde Bucal por sexo e idade. Cachoeira (BA), Brasil

Fatores de Exposição	Cárie				Doença Periodontal			
	N	P	RP	IC	N	P	RP	IC
Sexo								
Feminino	68	0,61	1,22	0,55-2,73	59	0,75	1,09	0,61-1,95
Masculino	36				31			
Idade								
20 a 59 anos	90	0,16	0,55	0,25-1,22	77	0,57	0,82	0,42-1,59
>60 anos	14				13			

Tabela 3. Prevalência, Razão de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) dos agravos em Saúde Bucal por sexo e idade. Cachoeira (BA), Brasil

Fatores de Exposição	Lesão Oral				Edentulismo			
	N	P	RP	IC	N	P	RP	IC
Sexo								
Feminino	7	0,45	0,96	0,87-1,05	55	0,78	0,98	0,86-1,11
Masculino	2				28			
Idade								
20 a 59 anos	7	0,57	1,03	0,89-1,21	66	0,61	1,03	0,87-1,22
>60 anos	2				17			

Para avaliação da condição edentulismo, o número de mulheres com necessidade de algum tipo de prótese foi de 66,3%, e o de homens foi de 33,7%. Assim, os agravos bucais, quando comparados às variáveis independentes (sexo e idade) não manifestaram significância estatística (IC 95%), ou seja, neste estudo essas variáveis não significam risco para o desenvolvimento dos desfechos citados.

As Tabelas 4 e 5 apresentam a associação entre a cárie, a doença periodontal, a lesão oral e o edentulismo/necessidade de prótese e as variáveis relativas a saberes e práticas no cuidado em saúde bucal. Dessa forma, quando comparados os desfechos (cárie, lesão oral e edentulismo) e as variáveis referentes a saberes e práticas no cuidado em saúde bucal, não foi encontrada nenhuma significância estatística (IC 95%).

Tabela 4. Razões de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da análise das variáveis relacionadas aos saberes e práticas associados aos agravos em Saúde Bucal. Cachoeira (BA), Brasil

Fatores de Exposição	Cárie			Doença Periodontal		
	N	RP	IC	N	RP	IC
Dieta Cariogênica						
Não	27	2,04	0,98-4,06	22	1,72	1,02-2,89
Sim	77			68		
Tabagismo						
Não	95	0,46	0,20-1,05	80	1,04	0,43-2,50
Sim	9			10		
Uso/bebida alcoólica						
Não	57	0,85	0,41-1,75	47	1,17	0,68-2,02
Sim	47			43		
Escovação dente >3Xdia						
Não	57	0,85	0,41-1,75	49	0,95	0,55-1,62
Sim	47			41		
Orientação sobre prevenção						
Não	43	1,51	0,73-3,13	38	1,15	0,67-1,97
Sim	61			52		
Plantas Medicinais						
Não	48	2	0,92-4,34	37	2,45	1,33-4,51
Sim	56			53		
Uso de Fio Dental						
Não	78	1,21	0,49-2,98	69	0,89	0,42-1,62
Sim	26			21		
Realização Bochecho						
Não	65	1,99	0,79-4,97	53	2,32	1,11-4,83
Sim	39			37		

Tabela 5. Razões de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da análise das variáveis relacionadas aos saberes e práticas associados aos agravos em Saúde Bucal. Cachoeira (BA), Brasil

(Continua)

Fatores de Exposição	Lesão Oral			Edentulismo		
	N	RP	IC	N	RP	IC
Dieta Cariogênica						
Não	4	0,94	0,84-1,06	28	0,92	0,79-1,06
Sim	5			55		
Tabagismo						
Não	8	1	0,85-1,16	72	1,1	0,87-1,40
Sim	1			11		

(Conclusão)

Fatores de Exposição	Lesão Oral			Edentulismo		
	N	RP	IC	N	RP	IC
Uso/bebida alcóolica						
Não	5	0,99	0,90-1,09	49	0,96	0,85-1,07
Sim	4			34		
Escovação dente >3Xdia						
Não	7	0,93	0,84-1,02	49	0,96	0,85-1,07
Sim	2			34		
Orientação sobre prevenção						
Não	6	0,93	0,84-1,03	36	1,00	0,88-1,13
Sim	3			47		
Plantas Medicinais						
Não	8	0,88	0,80-0,98	34	0,99	0,87-1,12
Sim	1			49		
Uso de Fio Dental						
Não	8	0,94	0,86-1,03	63	0,95	0,85-1,08
Sim	1			20		
Realização Bochecho						
Não	7	0,96	0,87-1,05	49	0,96	0,85-1,07
Sim	2			34		

Na comparação entre doença periodontal e uso frequente de dieta cariogênica, ocorreu significância estatística (IC 95%) 1,72[1,02-2,89]. No que relaciona doença periodontal ao hábito de utilizar plantas medicinais, houve significância estatística (IC 95%) 2,45[1,33-4,51]. Comparando-se a doença periodontal ao hábito de realizar bochecho com chá ou enxaguante bucal, encontra-se significância estatística (IC 95%) 2,32[1,11-4,83] e a prevalência é de 41,1% dos indivíduos acometidos pela doença e que realizam o bochecho.

As Tabelas 6 e 7 referem-se à associação entre os desfechos e as variáveis de acesso aos serviços odontológicos (regularidade de visita ao dentista, presença de algum tipo de doença, uso de medicamentos contínuos, dificuldade de acesso ao serviço odontológico do SUS, dor em tecido mole da cavidade oral, dor em alguma unidade dentária, realização de terapia periodontal, submissão a algum tipo de cirurgia oral, ocorrência de sangramento gengival).

Tabela 6. Razões de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da análise da atenção em saúde bucal associados aos agravos em Saúde Bucal. Cachoeira (BA), Brasil

Fatores de Exposição	Cárie			Doença Periodontal			
	N	RP	IC	N	RP	IC	
Regularidade ao Dentista							
Não	83	0,68	0,31-1,47	70	1,05	0,54-2,02	
Sim	21			20			
Patologias							
Não	81	0,42	0,21-0,86	68	0,78	0,47-1,37	
Sim	23			22			
Uso de medicamentos							
Não	81	0,48	0,24-0,98	67	0,97	0,53-1,77	
Sim	23			23			
Dificuldade/aceso/público							
Não	33	0,03	1,16-1,14	21	1,66	0,98-2,81	
Sim	71			69			
Dor em tecido mole							
Não	93	0,86	0,29-2,51	81	0,81	0,37-1,73	
Sim	11			9			
Dor de dente							
Não	41	2,49	1,14-5,40	35	1,71	0,99-2,94	
Sim	63			55			
Tratamento periodontal							
Não	83	0,58	0,27-1,22	68	1,29	0,63-2,63	
Sim	21			22			
Cirurgia Odontológica							
Não	98	0		0	85	1,82	0,29-11,1
Sim	6			5			
Sangramento gengival							
Não	63	1,45	0,65-3,25	54	1,3	0,72-2,32	
Sim	41			36			

Tabela 7. Razões de prevalência (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC95%) da análise da atenção em saúde bucal associados aos agravos em Saúde Bucal. Cachoeira (BA), Brasil

Fatores de Exposição	Lesão Oral			Edentulismo		
	N	RP	IC	N	RP	IC
Regularidade ao Dentista						
Não	7	1	0,89-1,12	63	1,08	0,93-1,28
Sim	2			20		
Patologias						
Não	R\$ 6,00	R\$ 1,02	0,912-1,15	57	1,15	0,98-1,35
Sim	R\$ 3,00			26		
Uso de medicamentos						
Não	6	1,03	0,91-1,16	58	1,1	0,94-1,29
Sim	3			25		
Dificuldade/acesso/público						
Não	1	1,06	0,04-1,15	24	1,00	0,87-1,14
Sim	8			59		
Dor em tecido mole						
Não	6	1,2	0,91-1,59	72	0,91	0,85-0,96
Sim	3			11		
Dor de dente						
Não	8	0,87	0,78-0,97	33	0,94	1,83-1,07
Sim	1			50		
Tratamento periodontal						
Não	7	0,99	0,89-1,11	62	1,01	0,87-1,17
Sim	2			21		
Cirurgia Odontológica						
Não	9	0,92	0,88-0,97	77	0,91	0,85-0,97
Sim	0			6		
Sangramento gengival						
Não	5	1,02	0,75-1,13	56	0,93	0,84-1,04
Sim	4			27		

Em relação à cárie dentária, foi encontrada significância estatística (IC 95%) quando relacionada à dificuldade de acesso ao serviço odontológico do SUS 0,03[1,16-1,14]. Ao analisar-se a presença da cárie dentária associada ao processo doloroso em alguma unidade dentária, foi encontrada significância estatística (IC 95%) 2,49[1,14, 5,40].

Quando se testou a relação entre o edentulismo (necessidade de prótese) e a presença de processo doloroso em alguma unidade dentária, encontrou-se significância estatística (IC 95%) de 0,94 [1,07-1,83].

DISCUSSÃO

Este estudo teve maior predominância de participantes do sexo feminino (66,4%) contra 33,6% do sexo masculino, a proporção foi semelhante ao estudo desenvolvido por Barbatto *et al.*¹³, correspondendo a 67,8% de mulheres e 32,2% de homens, o qual tem esse desequilíbrio entre gêneros, justificado pelo provável horário em que foi realizada a coleta de dados (horário comercial), dessa forma, essa distorção na nossa amostra não se justifica, pois utilizamos como estratégia encontros em finais de semana. Um estudo realizado por Miranda *et al.*¹⁴, analisou a saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos numa comunidade quilombola idosa no Centro-oeste do Brasil, que também verificou uma prevalência de indivíduos do sexo feminino (59,9%).

É preciso destacar que a saúde bucal não é dissociada da saúde geral do indivíduo, portanto, conhecer e avaliar o estado de saúde bucal de adultos e idosos de comunidades tradicionais é importante para fornecer informações para subsidiar políticas públicas que atendam eficientemente essas demandas^{15,16}.

Em relação às condições socioeconômicas, a Comissão Nacional dos Determinantes em Saúde (CNDS) ressalta que as diferenças em

escolaridade são marcantes de acordo com a cor da pele, assim, nesse estudo, 94,5% dos participantes são da raça/cor preta, sendo que vale ressaltar que a população da região do Recôncavo Baiano predominantemente é afrodescendente e possui em seu espaço uma grande concentração de terreiros e de comunidades quilombolas. Esta mesma condição constatou que os efeitos do nível de instrução se manifestam das mais diferentes formas: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos².

Concorda-se com Barbatto *et al.*¹³, quando afirmam que a localização no meio rural condiciona menores níveis de escolaridade e renda em comparação ao meio urbano, o que é evidente nas comunidades quilombolas avaliadas neste estudo, em que 77,3% possuem um baixo nível de escolaridade, até o ensino fundamental, 25% vivem com menos de um salário mínimo e 50% vivem do Programa Bolsa Família, que é um Programa de Transferência de Renda e constitui a principal política de enfrentamento à pobreza no Brasil. O programa tem como finalidade a erradicação da pobreza, ou seja, redução da desigualdade social e combate à fome. Reafirmando, Ferreira¹⁶ traz em seu estudo que os pertencentes das comunidades quilombolas de Santiago do Iguape, ao habitarem lugares com difícil acesso a recursos materiais e simbólicos, veem suas condições de pobreza serem produzidas e reproduzidas, num círculo perverso que conforma a falta de melhores oportunidades, confinando-as num lugar muito distante dos padrões minimamente aceitáveis.

Reafirmando essas questões, Ferreira¹⁶ traz em seu estudo que os pertencentes das comunidades quilombolas de Santiago do Iguape, ao habitarem lugares com difícil acesso a recursos materiais e simbólicos, veem suas condições de pobreza serem produzidas e reproduzidas,

num círculo perverso que conforma a falta de melhores oportunidades, confinando-as num lugar muito distante dos padrões minimamente aceitáveis. Este mesmo autor relatou que nessas comunidades todas as mulheres hoje fazem coisas que não faziam quando não eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, uma parcela (32,43%) das entrevistadas afirmaram que compram a prestação, no crediário; sabe-se que antes essas mulheres não tinham crédito no mercado, ou seja, não compravam porque não tinham como pagar.

Encontrou-se maior ocorrência da cárie dentária no sexo feminino (65%) e em adultos (86,5%). Corroborando os nossos resultados, outros estudos realizados também concluíram que as mulheres apresentaram maior risco em experiência de cárie^{19-210,21}.

Tratando-se ainda desta condição bucal, Soares, Freire e Araújo³⁴ demonstraram que em uma população quilombola composta de 298 indivíduos com idade entre 01 e 78 anos no Estado de Goiás, apenas 25,5% da população era livre de cárie e cerca de 45% da população acima de 14 anos apresentava alguma perda dentária, reafirmando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, um estudo nacional denominado Projeto SB (Saúde Bucal) Brasil 2010, afirma que o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6)⁹.

Neste estudo, a doença periodontal, no sexo feminino exibiu prevalência de 65,6%, já no grupo de adultos foi de 85,6% e de idosos 14,4%. Em consonância com esses achados, o estudo de Macedo *et al.*¹² em uma área rural do Estado da Bahia observou que a gengivite foi constatada em 97,7% da população e a periodontite em 24,4% da população. A literatura internacional também evidencia maior prevalência de doença periodontal em afrodescendentes e a associação desta com a condição socioeconômica^{22, 23,24,25}.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que as formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), onde se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes⁹.

As mulheres representaram maioria em relação à lesão oral, o percentual foi de 77,8%. Estudo semelhante sobre a prevalência das alterações da mucosa bucal em brasileiros adultos foi realizado em população acima de vinte anos de idade, de ambos os sexos, sendo que a amostra foi representada por 64,8% de mulheres, correspondendo à proporção de 1,8 mulheres para cada homem²². Outros estudos brasileiros também se assemelham a esses resultados^{23,24} e diferentemente de estudo realizado nos Estados Unidos²⁵ mostrou que os homens representaram a maior parte da amostra.

Quanto ao edentulismo e necessidade de prótese, notou-se que 66,3% das mulheres apresentam maior necessidade de algum tipo de prótese, sendo que, na idade adulta há registro de um grande quantitativo com necessidade (79,5%). Os idosos apresentam um percentual de 20,5. Achados semelhantes foram encontrados em Guiotoku²⁶, quando considera em seu estudo que o perfil de saúde bucal da população de negros adultos e idosos brasileiros apresenta prevalências alarmantes de perdas dentárias e necessidade de reabilitação protética, igualmente Scott²⁷ refere que na região central do Rio Grande do Sul, nos municípios de Santa Maria, Formigueiro e Restinga Seca, onde foi realizado um levantamento em 51 indivíduos acima de 18 anos, revelando que a prevalência de necessidade de algum tipo de prótese dentária foi de 88,2%, e de uso de algum tipo de prótese dentária igual a 33,3%, sendo que as mulheres (62,2%) apresentaram maior prevalência de necessidade de prótese dentária do que os homens, e os indivíduos a partir de 60 anos de idade

apresentaram menor (23,5%) prevalência de uso de prótese do que os demais.

Um estudo recente indica alta prevalência de dentes perdidos na população adulta e idosa, com índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) variando entre 15,4 e 24,7 em quilombolas da região Nordeste do Brasil¹⁷. Um estudo realizado na Flórida, EUA³⁰ evidenciou que indivíduos com condição socioeconômica baixa tiveram maior chance de terem seus dentes extraídos, assim, raça e condição socioeconômica apresentaram forte associação com perda dentária.

É importante destacar que, de acordo com o Projeto SB Brasil 2010, a necessidade de próteses dentárias estimada para os adultos ocorre em 68,8% dos casos, e em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares⁹.

Neste estudo encontrou-se significância estatística (IC 95%) entre a doença periodontal e o uso frequente de dieta cariogênica, ao hábito de utilizar plantas medicinais para tratar afecções bucais, e ao hábito de realizar bochecho com chá ou enxaguante bucal. Entende-se atualmente que a doença periodontal possui uma etiologia multifatorial, e os fatores causais estão em íntima relação com os indicadores de risco. Vários indicadores de risco potenciais para a doença periodontal têm sido analisados e confirmados pelos levantamentos epidemiológicos, assim, o fator socioeconômico tem sido considerado atualmente como de fundamental importância na determinação das doenças²⁹, destarte, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, frisa que o padrão de consumo alimentar é fortemente influenciado por renda e escolaridade, sendo que, no Brasil como um todo, quanto menor a renda e a escolaridade, maior predominância da dieta com excesso de açúcar e insuficiência de frutas e hortaliças².

Quanto ao uso de plantas medicinais, uma diversidade de espécies foi citada, sendo

predominante a forma de uso de bochecho com o chá, e encontradas na própria comunidade. Saliencia-se que as comunidades quilombolas são detentoras de saberes e práticas tradicionais em saúde bucal, como o uso de plantas medicinais com finalidade terapêutica em odontologia, que poderão ser investigadas farmacologicamente. Estudo semelhante foi realizado por Oliveira e Collier³⁰, onde investigaram na comunidade quilombola Kalunga do Quilombo do Engenho de Dentro em Cavalcante - GO, plantas medicinais usadas para tratamento de afecções bucais e como anestésico local, sendo citadas 38 espécies utilizadas para dor de dente, afta, ulcerações, infecções, sapinho, inflamação e edema, com a afirmação dos entrevistados de que o tratamento é sempre efetivo.

Ainda com relação ao uso destas plantas, de acordo com Juiz *et al.*³³, as novas estratégias de tratamento, com o uso destas plantas no controle do crescimento e organização do biofilme subgengival trará uma nova possibilidade para o tratamento da doença periodontal. Sendo que, dentre as ações esperadas, um efeito imunomodulador, anti-inflamatório e antimicrobiano é uma ferramenta útil no tratamento das doenças dos tecidos periodontais. Desta forma, métodos de tratamento da doença periodontal eficazes e acessíveis à população poderiam modificar o quadro atual em que se encontra a saúde bucal dos brasileiros no cenário internacional.

O acesso aos serviços odontológicos para a população adulta brasileira sempre teve foco no tratamento da urgência odontológica. A dor é, na maioria das vezes, o motivo que leva o adulto a procurar o dentista e o desfecho acaba sendo a perda dentária¹³, este estudo também identificou significância estatística (IC95%) entre a cárie dentária e a dificuldade de acesso ao serviço odontológico do SUS, assim como, a presença de processo doloroso em alguma unidade dentária, reafirmando que a experiência da população reforça o desafio do acesso adequado aos serviços de saúde bucal na região.

Para Flores e Drehmer³⁵, a sensação de dor e a decisão de tratar ou não estão condicionadas pela experiência de vida, fatores culturais e expectativas de resolutividade dos serviços, visto que, para aqueles que conseguem acesso ao sistema público, encontram um modelo de atenção com pouca ênfase em práticas preventivas, no qual as restaurações dentárias são realizadas com precariedade técnica, ocasionando menor durabilidade e conseqüentemente a extração da unidade.

No que diz respeito ao edentulismo, houve significância estatística (IC 95%) quando relacionado à presença de processo doloroso em alguma unidade dentária. De acordo com Lacerda e Simionato³⁶, a cárie e a doença periodontal são os principais motivos que levam a perda dentária e isso ocorre devido ao tratamento em estágios avançados, sendo um quadro muito observado em países onde a população tem acesso restrito a ações de promoção de saúde e a serviços odontológicos. Do mesmo modo, o acesso aos serviços odontológicos para a população adulta brasileira sempre teve foco no tratamento da urgência odontológica. A dor é, na maioria das vezes, o motivo que leva o adulto a procurar o dentista e o desfecho acaba sendo a perda dentária. Assim, a exclusão sistemática dos serviços especializados e a restrita oferta da atenção básica (acesso ao serviço odontológico) têm, como conseqüente resolução, a extração dentária^{13,36}.

Um estudo de revisão que sintetizou os principais achados da literatura brasileira sobre os problemas de saúde bucal de comunidades quilombolas destacou que há altas prevalências de cárie dentária, edentulismo e doença periodontal em quilombolas no Brasil, sendo esses os agravos mais comumente abordados. A carga de vulnerabilidade social que incide sobre essas comunidades acaba por impedir que os quilombolas acompanhem as melhoras em saúde bucal registradas para a população em geral. Sendo assim, evidencia-se a necessidade de

reformular as políticas públicas para a população quilombola brasileira, de forma a reduzir as iniquidades sociais³⁷.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, conclui-se que a maior prevalência dos agravos bucais investigados foi em indivíduos adultos e predominantemente em mulheres, sendo que a maior parte dos indivíduos possuía apenas o ensino fundamental e renda inferior a um salário-mínimo.

Encontrou-se associação entre a doença periodontal e a dieta cariogênica, a utilização de plantas medicinais e a realização de bochecho com chá ou enxaguante bucal. Assim como, houve relação entre a cárie dentária, a odontalgia, o edentulismo e a dificuldade de acesso ao serviço odontológico do Sistema Único de Saúde.

Nesse aspecto, ressalta-se a grande necessidade de planejamento das ações em saúde que visem reorganizar a assistência e o desenvolvimento de políticas públicas locais com enfoque maior na promoção de saúde bucal dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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, DF. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm
2. Teodoro MCSL, Santos DPA. Covid-19 e a população negra. Revista Ciranda, v. 05, n.03, p. 249-256, 2021.
3. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Acesso em: 08 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.opas.org.br>

4. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. Acesso em: 11 de junho de 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes>.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas 2012. Acesso em: 11 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
6. Fonseca FA, Jones KM, Mendes DC, Santos PE, Ferreira RC, Pordeus IA, et al. A saúde bucal do idoso no Brasil: abordando as consequências de uma falta histórica da odontologia em saúde pública em uma sociedade desigual. *Odontogeriatrics*. 2015;32(1):18-27. <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12046>. PMID: 23489280.
7. Masood M, Newton T, Bakri N, Khalid T, Masood Y. A relação entre saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre idosos no Reino Unido. *J Dent*. 2017;56:78-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2016.11.002>. PMID: 27825838.
8. Yabeta D, Gomes F. Memória, Cidadania e Direitos de comunidades remanescentes (em torno de um documento da história dos quilombolas da Marambaia). *Afro-Ásia*, v.47, n. 01, p. 79-117, 2013.
9. Carmo TNBV, Araujo EM, Araujo RLMS, Pereira SRS, Silva HP, Souza BLM. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. *Revista Baiana de Saúde Pública*
10. Paixão M, Rosetto I, Montovanele F, Carvano LM. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Disponível em: <http://www.irdeb.ba.gov.br/evolucaohiphop>. Acesso em: 01 de Novembro de 2011.
11. Guiotoku SK. Iniquidades em saúde bucal entre pretos, pardos e brancos: estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*, 2009b. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde/busca/processa>. Acesso em 10 out. 2011.
12. Macedo TCN, Costa M.C. N, Gomes-Filho IS et al. Factors related to periodontal disease in a rural population. *Brazilian Oral Research* [online], 2006; 20 (3): 257-262.
13. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública*, 2007 ago; 23(8): 1803-1814.
14. Miranda LP, Oliveira TL, Queiroz PSF, Oliveira PSD, Fagundes LS, Rodrigues-Neto JF. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2020;23(2):e200146.
15. Batista MJ, Silva DD, Sousa MLR. Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia. *Rev Odontol. UNESP* 2010 jul-ago; 39(4): 185-191.
16. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. *Cad. Saúde Colet.*, 2018, Rio de Janeiro, 26 (4): 425-431
17. Rosa JAA, Fernandez MS, Oliveira CCC. Análise clínica e salivar das condições de saúde bucal de uma comunidade quilombola do Nordeste brasileiro. *Interfaces Científicas • Aracaju • V.8 • N.2 • p. 375 - 388 • 2020 • Fluxo Contínuo*.
18. Ferreira VS. O Impacto do Programa Bolsa Família na Vida das Mulheres de Santiago do Iguape – Comunidade Quilombola da Cidade de Cachoeira - BA. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social, 86 f. Cachoeira, BA, 2012

19. Namal N, Can G, Vehid S, Koksak S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. *East Mediterr Health J.* 2008; 14: 110-8
20. Doughan B, Kassak K. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old adults in Lebanon. *Int Dent J.* 2000; 50: 395-9
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
22. Abbeg C. Oral hygiene habits among Brazilian adults in an urban area of Southern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31: 586-93.
23. Baelun V, Fejerskov O, Karring T. Oral Hygiene, gingivitis and periodontal breakdown in adult Tanzanians. *J Periodontol Res* 1986; 21(3): 221-32
24. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Nyquist IV, Woolfolk MW, Allen DJ, Lang WP. Factors influencing the effect of race on established periodontitis prevalence. *J Public Health Dent* 2003; 63(1): 20-9.
25. Henrique PR, Bagaza Junior M, Araujo VC, Junqueira JLC, Furuse C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *RGO*, 2009 set; 57(3): 261-267
26. Knies G, Stramandinoli RT, Ávila LFC, Izidoro ACAS. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO* 2011; 8(1)13-18.
27. Pereira TTM, Gaetti-Jardim EC, Castillo KA, Paes GB, Barros RMG. Levantamento Epidemiológico das Doenças de oca: Casuística de Dez Anos. *Arch Healt Invest.* 2013 2 (3)
28. Shulman JD; Beach MM; Rivera H F. The prevalence of oral mucosal lesions em U. S. adults: data from the third National Health and Nutrition Examination Survey, *J Am Dent Assoc.* 1988-1994 sep; 35(9): 1279-86.
29. Scott CA, Braun KO, Silva CA et al. Uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos quilombolas da região central do Rio Grande do Sul, 2010. Acesso em: 12 de dez. de 2011. Disponível em: <http://www.portal.ufsm.br>.
30. Gilbert GH; Ducan RP; Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*, 2003;38(6)1843-62
31. Segundo TK, Ferreira EF, Costa JE. Doença periodontal em comunidade negra. *Cad. Saúde Pública*, 2004 mar-abr; 20(2): 596-603.
32. Oliveira EOS; Collier K, Mota GMF, Ely BP. Plantas medicinais usadas pela comunidade Kalunga do quilombo do Engenho de Dentro em Cavalcante—GO. *Rev. Cereus*, 2011. jun; (4).
33. Juiz PJJ, Alves RJC, Barros TF. Uso de produtos naturais como coadjuvante no tratamento da doença periodontal. *Revista Brasileira de Farmacognosia Brazilian Journal of Pharmacognosy* 2010 mar; 20(1): 134-139.
34. Soares ÉF, Freire MCM, Araújo AC. Kalunga - GO: primeiro relato sobre experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal. *Revista Paulista Odontologia* 2002; 24(5).
35. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimento, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:743-52.
36. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38: 453-8.
37. Silva Sobrinho AR, Araújo FAC, Lima NLB, Ferreira SJ, Sette-de-Souza PH. Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: uma revisão de escopo. *Rev Panam Salud Publica.* 2022; 46e 134. <https://doi.org/10.26633/10.26633/RPSP.2022.134>.