

UNIVERSIDADE TIRADENTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, CÁRIE DENTÁRIA E IMPACTO
DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS**

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

Aracaju
Março - 2018

UNIVERSIDADE TIRADENTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, CÁRIE DENTÁRIA E IMPACTO
DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS**

Tese apresentada à banca examinadora
do programa de pós-graduação em Saúde e
Ambiente, na área de concentração Saúde e
Ambiente, como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Doutor em Saúde e
Ambiente.

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

Orientadores:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc.

Marcos Antonio Almeida Santos, D. Sc.

Aracaju

Março – 2018

G924d Guedes, Simone Alves Garcez
Doenças crônicas não transmissíveis, cárie dentária e impacto da saúde bucal na
qualidade de vida de comunidade quilombolas / Simone Alves Garcez Guedes ;
orientação [de] Prof.^a Dr.^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira – Aracaju: UNIT,
2018.

82 f. il ; 30 cm

Tese (Doutorado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018
Inclui bibliografia.

1. Grupo com ancestrais do Continente Africano. 2. Doenças crônicas não
transmissíveis. 3. Inquéritos epidemiológicos. 4. Saúde bucal I. Guedes, Simone
Alves Garcez. II. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha. (orient.). III. Universidade
Tiradentes. IV. Título.

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, CÁRIE DENTÁRIA E IMPACTO
DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS**

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

Tese apresentada à banca examinadora do programa de pós-graduação em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Saúde e Ambiente.

Aprovado em _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr^a. Cristiane Costa da Cunha Oliveira (Orientadora)

Prof. Dr. Marcos Antonio Almeida Santos (Orientador)

Prof. Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior (Examinador interno)

Prof.^a Dra. Andressa Sales Coelho (Examinador interno)

Prof. Dr. Marco Antonio Prado Nunes (Examinador externo)

Prof.^a Dra. Eleonora de Oliveira Bandolin Martins (Examinador externo)

Dedicatória

*Aos meus pais, Augusto (in memoriam) e Yvone
que me ensinaram a ter sonhos e a alcançá-los.*

*Às minhas amadas filhas Ingrid, Brenna e Raíssa,
por iluminarem minha vida.*

Agradecimentos Especiais

“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupery

À Deus por me proteger, guiar e iluminar e por sempre colocar em meu caminho pessoas maravilhosas.

À minha família, que sempre foi meu porto seguro, meu apoio, minha força. Obrigada pela confiança, pela paciência e pelo cuidado e amor que dedicou às minhas filhas nas inúmeras horas de ausência. Sem vocês seria impossível realizar esse sonho.

Aos meus pais, Augusto (*in memoriam*) e Yvone, pelo amor, pelo exemplo de dignidade e sólida formação moral. Vocês são meus guias, minha proteção.

À Tia Ceza, pelo carinho, apoio e por sempre acreditar em minha capacidade.

Aos meus irmãos, Guga, Kika, Dani e Thaís, presentes em todos os momentos da minha vida, agradeço pela torcida, incentivo e pelo imenso amor que nos une.

À minha mãe, um agradecimento especial (nunca suficiente), pelo exemplo de mãe, mulher e profissional que tem a ética e o amor como alicerces, capaz de um amor incondicional. Obrigada por tudo. Amo você demais.

A Ary, meu marido, por presentear-me com a família com que sempre sonhei. Obrigada por seu amor e incentivo para que eu lutasse por meus sonhos.

Às minhas filhas, Ingrid, Brenna e Raíssa, bênçãos que Deus colocou em minha vida, um agradecimento especial às minhas companheiras de todas as horas. Obrigada por toda ajuda que vocês me deram na concretização desta tese, pela compreensão das ausências e da falta de tempo e principalmente por todo amor que me dedicam todos os dias. Vocês iluminam meu caminho e é por vocês que eu vivo. Amo todas incondicionalmente.

À minha orientadora, prof.^a Dr.^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira, pessoa de luz própria, exemplo de ética e de dedicação com a qual tive o prazer de dividir angústias e incertezas e que tenho o prazer de chamar de amiga. Agradeço pela amizade, estímulo e paciência em todos os momentos e por agregar valores e conhecimentos a minha formação.

Você é um exemplo de respeito, compreensão e competência. Obrigada por não me deixar desistir e acreditar que eu seria capaz.

Ao amigo prof. Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, meu orientador de mestrado, consultor de todas as horas e fonte inesgotável de saber. Obrigada pela amizade, carinho e generosidade. Sua contribuição para essa tese é incalculável. Minha admiração pelo seu caráter e ética, o exemplo perfeito do que a palavra **Mestre** significa. Muito obrigada de todo coração e minha eterna gratidão.

À banca examinadora, Professores Dr. Marco Antonio Prado Nunes, Dra. Eleonora de Oliveira Bandolin Martins, Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior e Dra. Andressa Sales Coelho, meus agradecimentos pela contribuição e ensinamentos compartilhados.

Ao Prof. Marcos Antonio Almeida Santos, pelos ensinamentos e preciosas contribuições com a análise estatística para o artigo de validação do instrumento do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14).

Às pessoas amigas que me ajudaram na coleta de dados (e como foi difícil), Prof.^a Guadalupe Sales, Prof.^a Isabela Avelar, doutoranda Taciana Silveira (minha salvadora em várias etapas da tese), doutorando Igor Soares, alunos de iniciação científica e toda equipe do LPPS. Agradeço pela contribuição, incentivo e amizade, só com a ajuda de vocês foi possível concretizar esta etapa da minha vida.

À Prof.^a Jamille Araújo, pela ajuda valiosa, apoio e pelas boas risadas, com você pude compartilhar dúvidas, alegrias e dificuldades, e, acima de tudo, uma amizade verdadeira.

Aos professores do PSA, pelos ensinamentos inestimáveis e pela contribuição na minha vida profissional.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Quilombolas.....	17
3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	19
3.3 A Saúde Bucal e as Desigualdades Sociais.....	24
3.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	25
3.5 VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
4 MATERIAL E MÉTODO	Erro! Indicador não definido.
4.1 Delineamento da Pesquisa	Erro! Indicador não definido.
4 MATERIAL E MÉTODO	34
4.1 Delineamento da Pesquisa	34
4.2 População e Amostra.....	34
4.3 Cálculo da amostra	35
4.4 Critérios de inclusão	37
4.6 Aspectos éticos.....	37
4.7 Instrumentos para coleta de dados	38
4.8 Coleta de dados.....	39
4.9.1 Estudo 1- Questionário OHIP-14 - Validação	40
4.9.2 Estudo 2 - Cárie dentária, Doenças Crônicas não transmissíveis e fatores demográficos e socioeconômicos	42
5 RESULTADO.....	42
5.1 ARTIGO 1 - VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14) EM QUILOMBOLAS	42
5.2 ARTIGO 2 - SEVERIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS, SERGIPE	42
6 CONCLUSÃO GERAL	83
7 CRONOGRAMA	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Cálculo do tamanho amostral por população quilombola, 2016.....	31
Quadro 2.	Aspectos e variáveis analisados.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa de Sergipe com delimitação dos municípios e comunidades quilombolas – 2015.....	29
Figura 2-	Fluxograma da metodologia dos estudos 1 e 2.....	34
Figura 1.	Gráfico de declividade para a análise de fatores do OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	40
Figura 2.	Disposição das cargas dos dois fatores principais do instrumento OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Médias e desvio-padrão dos escores das questões respondidas (OHIP-14), comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	39
Tabela 2.	Análise da Confiabilidade e Consistência Interna das 7 dimensões e dos 14 itens do OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	40
Tabela 3.	Análise fatorial dos itens do OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	41
Tabela 1.	Análise descritiva dos componentes C, P e O e do índice CPO-D de cárie dentária, Sergipe, 2016-2017.....	54
Tabela 2.	Comparação de médias dos componentes e do índice de cárie dentária de acordo com as variáveis sociodemográficas, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017.....	57
Tabela 3.	Prevalências de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Componentes C, P, O, índice CPO-D de acordo com a ocorrência de DCNT, Sergipe, 2016-2017.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
QV	Qualidade de Vida
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Fatores históricos, econômicos e sociais são responsáveis pela alta vulnerabilidade das populações quilombolas. Esses determinantes sociais estão relacionados à prevalência das principais doenças crônicas. **OBJETIVO:** Analisar a relação da Cárie Dentária, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os fatores demográficos e socioeconômicos, bem como validar instrumento de avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de comunidades em Sergipe, Brasil. **MÉTODOS:** A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe, com utilização de parâmetros de erro amostral de 0,05. Participaram do estudo de validação do questionário OHIP 409 sujeitos de ambos os sexos, de 13 comunidades quilombolas, e, para pesquisa de campo, 179 indivíduos, de 4 dessas comunidades selecionadas aleatoriamente. Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida, foi aplicada a versão simplificada do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Outros instrumentos: 1) questionário contendo questões de âmbito social, econômico e cultural e questões sobre os fatores de risco comuns das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais; 2) ficha clínica para investigar as condições de Cárie Dentária por meio do Índice de Dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e necessidades de tratamento. **RESULTADOS:** A análise de componentes principais do instrumento OHIP-14 apresentou confiabilidade, consistência e validade, quando aplicado em comunidades quilombolas. A avaliação da consistência interna indicou apropriada correlação entre os itens e resultou estatisticamente confiável quando aplicado nas comunidades quilombolas. O índice CPO-D da população estudada obteve média 9,54. De maneira geral, o componente que apresentou maior percentual foi o extraído e o menor foi de dentes restaurados. Maiores médias de CPO-D estiveram significativamente associadas ao sexo feminino, à cor autorreferida preta, à faixa etária de 60 anos, renda de até um salário mínimo e ao nível de escolaridade não alfabetizados, bem como ao diagnóstico de hipertensão arterial, colesterol alto, artrite ou reumatismo, doenças cardíacas e depressão ($p < 0.05$). **CONCLUSÕES:** O instrumento OHIP-14 apresentou confiabilidade, consistência e validade para comunidades quilombolas. Maior impacto da saúde bucal está associado às dimensões de dor física e desconforto psicológico. A associação de maiores índices médios de cárie dentária na presença da maioria das doenças crônicas pesquisadas e em menores níveis socioeconômicos demonstrou a importância de programar medidas de prevenção e controle específicos para redução de doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária nas comunidades quilombolas de Sergipe. **DESCRIPTORIOS:** Grupo com ancestrais do continente africano; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Inquéritos epidemiológicos; Saúde bucal.

ABSTRACT

Historical, economic and social factors are responsible for high vulnerability of quilombola populations. These social determinants are related to the prevalence of major chronic diseases. **OBJECTIVE:** To analyze the relationship between dental caries, chronic noncommunicable diseases and demographic and socioeconomic factors as well as to validate an instrument to evaluate the impact of oral health on quality of life of communities in Sergipe, Brazil. **METHODS:** The sample has been stratified by quilombola communities from data collected at the National Institute of Colonization and Agrarian Reform of Sergipe, using samples error parameters of 0.05. OHIP questionnaire: 409 subjects from both sexes from 13 quilombola communities and for field research 179 individuals from 4 of these randomly selected communities: To evaluate the impact of the oral condition on life's quality, the simplified version of the OHIP questionnaire was applied. *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Other instruments: 1) a questionnaire containing social, economic and cultural questions and others about the common risk factors of chronic noncommunicable diseases and oral diseases; 2) Clinical record to investigate the conditions of Dental Caries in the Caries Index, lost and obturated (CPO-D) and treatment needs. **RESULTS:** The main components analysis of the OHIP-14 instrument presented reliability, consistency and validity when applied in quilombola communities. The internal consistency evaluation indicated an appropriate correlation between the items and it was statistically reliable when applied in the quilombola communities. The CPO-D of the population studied obtained an 9.54 average. In general, the component that presented the highest percentage was the extracted one and the smaller one was restored teeth. The highest average of CPO-D were significantly associated with female, self-reported black color, age 60, income up to a minimum wage and non-literate level of education, as well as the diagnosis of hypertension, high cholesterol, arthritis or rheumatism, work-related musculoskeletal disorder, and depression ($p < 0.05$). **CONCLUSIONS:** The OHIP-14 instrument presented reliability, consistency and validity to quilombola communities. Higher impact of oral health is associated to the dimensions of physical pain and psychological discomfort. The association of higher average of dental caries mean in the presence of the most chronic diseases researched and in lower socioeconomic levels demonstrated the importance of programming specific prevention and control measures to reduce chronic noncommunicable diseases and dental caries in the quilombola communities of Sergipe.

DESCRIPTORS: Group with ancestors from African continent; Chronic Noncommunicable Diseases; Epidemiological surveys; Oral health.

1 INTRODUÇÃO

As comunidades rurais negras afro-brasileiras, denominadas quilombolas ou quilombos contemporâneos, fazem parte de uma das grandes questões emergenciais da sociedade brasileira. Ao longo do tempo, tais comunidades vêm resistindo às influências externas e lutando pela inclusão social por meio das ações de atenção integral (REIS, GOMES 1996; CARNEIRO, 2011). No tocante às desigualdades étnico-raciais, a situação dos grupos quilombolas merece destaque por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, também decorrente de um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, cujos impactos tiveram reflexo nos indicadores de saúde desta população (FREITAS *et al.*, 2011).

Tratar das questões dos quilombolas no Brasil é trazer os problemas que vão das vulnerabilidades à resistência étnica, cultural e histórica de um povo marcado por conflitos e dilemas. Entre os vários problemas, destacam-se a discriminação racial; pobreza extrema; invasões territoriais; migração para grandes centros urbanos; interferência na cultura, na paisagem e no equilíbrio ambiental; baixo índice de renda domiciliar e emprego informal; precárias condições das habitações, dificuldade de acesso à saúde e à educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação; vulnerabilidade alimentar; conflitos institucionais; e invisibilidade da população (GARRAFA, 2005).

No que se refere à garantia de acesso à saúde pela população negra, esses direitos continuam a ser repetidamente negligenciados ou mesmo negados. Em geral, a população negra e principalmente, as mulheres negras recebem atendimento de saúde mais precário do que outros grupos no Brasil (BRASIL, 2013). Fatores históricos, econômicos e sociais fazem com que este seja um dos grupos populacionais mais vulnerabilizados na sociedade nacional (FRAGA; SANINO, 2014). As desigualdades étnicas e raciais, adicionadas a disparidades socioeconômicas, como a distribuição desigual da renda e os baixos níveis de escolaridade, dificultam o acesso aos programas de saúde para a maioria da população quilombola, causando angústias para essas famílias. (SILVA, FERREIRA, RODRIGUES, 2016).

Pesquisas em populações vulneráveis como os quilombolas são raras e podem ampliar os conhecimentos existentes sobre os determinantes da doença, no sentido de direcionar e contribuir para a implementação de políticas públicas de prevenção e controle, consoante com o plano de ações para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Reforçam, portanto, a necessidade de ações intersetoriais, com a participação de órgãos da educação, desenvolvimento social, desenvolvimento agrário e cultural, criando oportunidades e estimulando a agricultura familiar para o aumento da

produção e da oferta de alimentos *in natura*, com vistas à alimentação saudável (BRASIL, 2011).

Além de fatores sociais, outros aspectos também podem se mostrar determinantes para o surgimento de doenças crônicas nas populações (VIEIRA, 2014; CARDOSO et al., 2015). Devido à complexidade do surgimento e evolução das doenças crônicas, há grande necessidade de estudos que busquem entender as linhas sobre quais está sendo traçado o processo de saúde e doença das populações quilombolas, historicamente silenciadas e vulnerabilizadas, dada a relevância, já que, atualmente, não se encontram pesquisas nessa área (SILVA, 2009; SILVA, 2010).

As doenças não transmissíveis (DNT), principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes representam uma constante ameaça para a saúde humana, apresentando um quadro estimado de 35 milhões de mortes a cada ano, o que representa 60% de todas as mortes em todo o mundo. Desse total, 80% em países de baixa e média renda. Ressalta-se que estas doenças são evitáveis. Até 80% das doenças cardíacas, diabetes tipo 2, derrame e mais de um terço dos cânceres poderiam ser prevenidos através da eliminação de fatores de risco comuns, destacando-se entre eles o uso do tabaco, uma dieta inadequada, falta de atividade física e o uso excessivo do álcool (WHO, 2008).

A elevada prevalência de cárie dentária está associada a fatores alimentares e de higiene oral, como também a fatores sociais e políticos: baixa renda familiar, baixa instrução materna, pouca frequência escolar e ausência de serviços odontológicos e políticas de prevenção (BOING et al., 2014). A associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal (COHEN-CARNEIRO et al., 2011; LOCKER, GIBSON, 2005), tem sido amplamente discutida. Essa associação tem papel fundamental na percepção das pessoas, demarcando uma questão subjetiva relacionada à autoimagem, à apreensão de necessidades e à busca por cuidados odontológicos (WALTER et al., 2007).

Para verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, é importante a utilização de instrumentos válidos apropriados. O OHIP-14 é o questionário já validado para este fim, em língua portuguesa do Brasil por Oliveira e Nadanovsky (2005). Contudo, ainda não havia sido aplicado para população quilombola e, assim se julgou importante, diante do exposto, utilizar o questionário OHIP -14 nas comunidades quilombolas selecionadas e validar sua utilização para a população quilombola no Brasil.

Nesse contexto, é relevante e oportuno um estudo epidemiológico de base populacional que possibilite verificar o perfil de saúde bucal, seu impacto na qualidade de vida, bem como o relacionamento entre a ocorrência da cárie dentária, doenças crônicas não transmissíveis e fatores socioeconômicos nas comunidades quilombolas de Sergipe. O

primeiro artigo intitulado “Validação de Questionário de Saúde Bucal e Qualidade de Vida (Ohip-14) em Quilombolas”, que está no capítulo 5 (5.1) desta tese, aborda esse tema, possibilitando a utilização válida desse instrumento para este grupo populacional na língua portuguesa no Brasil.

O segundo artigo, presente no capítulo 5 (5.2) desta tese, intitulado “Severidade da Cárie Dentária, Doenças Crônicas e Fatores Socioeconômicos em Comunidades Quilombolas, Sergipe” objetivou analisar as relações entre severidade da cárie dentária, doenças crônicas não transmissíveis e aspectos sociodemográficos e econômicos.

Esta tese traz contribuição relevante para entender o contexto atual, planejar adequadamente a melhoria da saúde dessas comunidades, nortear a formulação de políticas públicas específicas para esse segmento quilombola e servir de modelo para outras localidades de contexto semelhante.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação da Cárie Dentária e Doenças Crônicas Não Transmissíveis com fatores demográficos e socioeconômicos, bem como validar instrumento de avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de comunidades quilombolas em Sergipe, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Validar o questionário em população quilombola brasileira para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Verificar se existe associação das doenças crônicas não transmissíveis na população estudada com o índice de cárie dentária e seus componentes dentes cariados, perdidos e obturados.

Verificar se existe associação entre a severidade da cárie dentária, doenças crônicas não transmissíveis e fatores demográficos e socioeconômicos na população estudada.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Quilombolas

No período colonial brasileiro prevalecia uma sociedade escravocrata e, uma vez não ser possível o retorno à África, o negro reconstruiu seu habitat natural no novo mundo, culminando na formação dos quilombos, com suas características de isolamento em razão da clandestinidade que se fazia necessário. Os quilombos se formaram como locais de exercício de cidadania porque seus habitantes eram alçados à condição de indivíduo, sujeito de direito. (SOARES, NUNES, 2015). A fuga de escravos, muitas vezes coletivamente, deu início à formação dessas comunidades com base econômica e estrutura social própria (GOMES, 2015).

Os quilombolas atuais são considerados remanescentes de comunidades de quilombos que se estabeleceram por uma grande variedade de processos: herança, ocupação de terras livres, compra de terras, pagamento de serviços prestados ao estado em troca de terras e doações (SOUSA et al., 2013).

Em todas as regiões brasileiras, podem ser encontradas áreas remanescentes de quilombos, estando catalogadas, por todo o país, um total de 2.961 comunidades, que revelam panoramas regionais bem distintos (RODRIGUES, 2014; BRASIL, 2017). A cultura quilombola, por ser um espaço de trocas e compartilhamento, propicia aos seus indivíduos um sentimento de pertencimento na medida em que podem expressar seus valores e princípios (FURTADO, SUCUPIRA, ALVES, 2014).

A Constituição Federal de 1988 ocasionou uma nova ordem social ao trazer em seu texto que a seguridade é “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Sendo a primeira constituição brasileira a reconhecer direito de propriedade aos quilombolas, atendendo reivindicação sociocultural há muito exigida por essas comunidades (LIMA, 2014). Essas populações foram oficialmente reconhecidas pelo Estado brasileiro principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT) que diz: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o estado emitir-lhes os respectivos títulos” (BRASIL, 2002).

Em 2003, o decreto nº 4.887 regulamentou o método para identificar e reconhecer as comunidades quilombolas e para delimitar, demarcar e titular as terras respectivamente tradicionalmente ocupadas (LIMA, 2014), reconhecendo os remanescentes das comunidades dos quilombos como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com ancestralidade negra e trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas” (BRASIL, 2003).

O processo de reconhecimento dessas comunidades é realizado pela Fundação Palmares, ligada ao Ministério da Cultura, responsável por formalizar a existência destas comunidades que conceitua os quilombolas como descendentes de africanos escravizados que mantêm tradições culturais, de subsistência e religiosas ao longo dos séculos. Uma das funções da Fundação Cultural Palmares, além de formalizar a existência dessas comunidades, é o assessoramento jurídico e desenvolvimento de projetos, programas e políticas públicas de acesso à cidadania (BRASIL, 2017). Atualmente o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) realiza o processo de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos (BRASIL, 2012a).

A titulação das áreas de comunidades remanescentes de quilombos mostra-se eficaz na medida em que potencialmente promove a autoestima de seus membros (SOARES, NUNES, 2015). Estudo com objetivo de caracterizar a situação de saúde de mulheres e crianças em uma comunidade quilombola no Nordeste do Brasil, antes e após sua certificação, concluiu que ocorreram melhorias na situação de saúde no que tange à renda familiar *per capita*, frequência de suplementação de vitamina A e aumento do período de amamentação exclusiva (FERREIRA, TORRES, 2015).

Algumas ações governamentais vêm sendo executadas com objetivo de eliminar as iniquidades e reduzir os agravos que incidem nesse grupo populacional. Um exemplo é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que se apresenta como uma política pública que define objetivos, diretrizes e estratégias, como também responsabilidades dos gestores, objetivando a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las (BRASIL, 2010).

A dimensão étnico-racial vem adquirindo cada vez mais importância na área da saúde, tanto na produção nacional como internacional, observando que o tratamento e a atenção dados para a variável étnico-racial variam de acordo com os objetivos dos estudos (KABAD, BASTOS, SANTOS, 2012). A falta de assistência à população negra ao longo dos tempos vem sendo encoberta pela sociedade, tendo nos últimos tempos a necessidade de

demarcação de território, valorização pessoal e visibilidade social (CARVALHO, CAMARGO, 2014).

O reconhecimento da existência do racismo e das desigualdades étnico-raciais, por parte dos gestores e profissionais de saúde, percebidos como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, possibilitaria o entendimento de que a promoção da equidade em saúde advém fundamentalmente pela diminuição das iniquidades raciais, sociais e em saúde (BASTOS, PITTA, 2016). A associações entre o status socioeconômico e os fatores de risco para doenças não transmissíveis foi observada em populações de países com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico (STRINGHINI, 2016).

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A mudança no perfil epidemiológico vem sendo objetivo de estudos no Brasil e no mundo. No período de 1990 a 2010, houve mudança na posição relativa às dez principais causas de morte no Brasil. A diarreia passou do oitavo para o 30º lugar em 2010, com redução de 82%, enquanto as doenças cardiovasculares e as respiratórias permaneceram entre as quatro principais causas de morte no período. As doenças com tendência de aumento foram a diabetes mellitus (22%) e a doença renal crônica (31%). Os fatores de risco que mais contribuíram para a morte prematura e perda de saúde em homens no ano de 2010 foram o consumo abusivo do álcool, a dieta inadequada, a pressão arterial elevada, o tabagismo, o sobrepeso/obesidade (índice de massa corporal [IMC] alto) e a glicemia em jejum alterada. Entre as mulheres, os que mais colaboraram foram a dieta inadequada, a pressão arterial elevada, o alto IMC, seguido por glicemia em jejum alterada, tabagismo e atividade física insuficiente. A violência doméstica ficou em nono lugar no país (MARINHO, PASSOS, FRANCA, 2016).

Em relação à estimativa da carga atribuível à exposição a fatores de risco, o excesso de peso, glicemia de jejum alterada e pressão arterial elevada, juntamente com o consumo excessivo de álcool, são responsáveis por 64% das mortes precoces e dos DALY, índice composto pelos anos potenciais de vida perdidos por morte prematura em homens e mulheres no país (MARINHO, PASSOS, FRANCA, 2016).

Estudo mundial sobre as principais causas de morte nas populações estimou mortes anuais para o mundo em 21 regiões entre 1990 e 2010. Em 2010, houve 52,8 milhões de mortes em todo o mundo, com uma diminuição de mortes por doença transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais de 34,15% em 1990 para 24,9% em 2010, e um aumento das mortes por doenças não transmissíveis, representando duas de cada três mortes (34,5 milhões) em todo o mundo em 2010. O acidente vascular cerebral (AVC) foi responsável pela morte de uma em cada quatro mortes em todo o mundo, em comparação com uma em

cinco em 1990, a diabetes ocasionou a morte de 1,3 milhões de pessoas, o dobro do que em 1990 (LOZANO et al., 2012).

Estudo de doenças não transmissíveis (DNT) em mulheres de áreas urbanas da África do Sul com no mínimo 50 anos demonstrou que 72% autorrelataram uma DNT, dessas, 46% tinham uma, e 54% tinham duas ou mais DNTs e que 80% utilizavam o serviço público (ABOYADE, 2016).

Em 2012, 80 milhões de adultos dos Estados Unidos da América (EUA) apresentaram hipertensão arterial com maior prevalência entre os adultos afro-americanos e a diabetes mellitus afetou um em cada dez adultos dos EUA, com 90% a 95% dos casos sendo diabetes mellitus tipo 2 afetando desproporcionalmente minorias raciais / étnicas (MOZAFFARIAN, 2016).

Os resultados da pesquisa que analisou a tendência da mortalidade por câncer de boca, focalizando diferenças quanto a sexo e raça na cidade de São Paulo entre 2003 e 2009, apresentaram que a mortalidade por câncer de boca em negros quase dobrou durante o período e ultrapassou a mortalidade em brancos para quase todas as categorias, demonstrando uma tendência crescente para mulheres (ANTUNES et al., 2013).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer. Pesquisas têm mostrado a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, os níveis elevados de colesterol, o baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo. O monitoramento desses fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (BRASIL, 2013).

Doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus apresentam quatro fatores de risco em comum: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo nocivo de bebidas alcoólicas (SANTOS et al., 2015). De acordo com a OMS o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências. O tabagismo também se apresenta com um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, contribuindo para o desenvolvimento de várias doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares obstrutivas

crônicas, pneumonias e asma, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras (BRASIL, 2003).

Malta et al. (2017) analisaram a influência de variáveis como sexo, escolaridade e posse de plano de saúde na utilização de serviços de saúde entre a população adulta brasileira portadora de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) concluindo que pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços de saúde quando comparado com os adultos sem DCNT em todos os níveis de escolaridade e que as mulheres usam mais os serviços, tanto em consultas quanto em internações.

Com o objetivo de descrever as diferenças de mortalidade cerebrovascular por raça no Brasil, Lotufo e Bensenor (2013) demonstraram que o risco de morrer por essas doenças é maior em negros, seguidos por pardos e menor entre os brancos. As mulheres negras apresentam carga maior de mortalidade comparada aos homens negros do que ocorre entre as pardas e as brancas.

Melo e Silva (2015) estudaram a prevalência das principais doenças crônicas que acometem um grupo de populações quilombolas no Pará, relacionando-as com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Observaram um elevado índice de doenças crônicas entre essas populações negras rurais em comparação com o restante da população brasileira encontrando um percentual de 87,08% dos adultos com problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo, 50,9% apresentaram doenças de pele, 48,08% possuíam algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial, e 43,63% com afecções oftalmológicas. Quando analisados os aspectos relacionados a comorbidades, como tabagismo, etilismo, obesidade e aspectos socioecológicos assinalam para a existência de forte relação entre a prevalência das doenças crônicas e os DSS.

Velten et al. (2013) compararam a influência da hipertensão arterial sistêmica na qualidade de vida entre hipertensos e normotensos em comunidades quilombolas do Espírito Santo e observaram que os principais fatores decorrentes da hipertensão que podem interferir na qualidade de vida são o diagnóstico da doença, a deterioração orgânica e funcional, as doenças que podem estar associadas e os efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas sendo o domínio físico o que apresentou diferença estatística significativa.

Oliveira, Caldeira (2016) destacaram as frequências elevadas de morbididades crônicas, principalmente hipertensão, problemas de coluna, depressão e colesterol elevado em população quilombola do norte de Minas Gerais. Foi observada também elevada prevalência de hábitos alimentares inadequados, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. Por meio dos dados levantados, nota-se uma desigualdade relacionada à cor da pele e à exclusão histórica das comunidades quilombolas.

Silva, Ferreira e Rodrigues (2016) revelaram a extrema vulnerabilidade entre a população de 27 comunidades quilombolas do Maranhão, em consequência tanto da falta de informação quanto da ausência dos recursos que lhes assegurem os direitos de cidadania. Somente 30,7% das áreas visitadas possuíam posto de saúde e um percentual de 64%, sendo que 43,2% das mulheres relataram incidência de hipertensão arterial na família. Foi percebido que há um predomínio de doenças étnicas, como hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitus, entre outras, e que as doenças étnicas ainda são desconhecidas pela maioria da população e também por muitos profissionais de saúde.

A alta vulnerabilidade de comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais também foi registrada por Pinho et al. (2015). Lá, 65,4% utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e as doenças mais prevalentes foram a hipertensão arterial (9,5%) e a doença de Chagas (2,5%), apontando para a necessidade urgente de adoção de medidas preventivas que refletirão na melhoria das condições de saúde da comunidade.

De acordo com a PNS (2013), os locais em que os hipertensos receberam atendimento médico evidenciaram que as Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 45,9% dos atendimentos e os consultórios particulares ou clínicas privadas por 27,3%, 10,9% dos atendimentos foram realizados em hospital público ou ambulatório e que em 8,3% ocorreram em unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público. Dados semelhantes para locais de assistência médica para diabéticos, em que a Unidade Básica de Saúde foi o principal local mencionado (47,1%), seguido por consultórios particulares ou clínica privada (29,9%) (BRASIL, 2013a).

Apesar de muitos pacientes procurarem atendimento médico e aproximadamente metade (47,5%) dos adultos e idosos em tratamento de doenças crônicas no Brasil receberem todos os medicamentos de que necessitam gratuitamente com maior prevalência nas classes sociais mais pobres (TAVARES, 2016), a baixa adesão a terapias de longo prazo se apresenta como um entrave no cuidado a pacientes com doenças crônicas, pois compromete severamente a eficácia do tratamento das doenças crônicas tanto da perspectiva da qualidade de vida quanto dos gastos com a saúde (OMS, 2003).

Manifestações de estigma e discriminação social foram observadas nos serviços de saúde em Salvador, mais à condição de pobreza do que à cor da pele. As dificuldades foram potencializadas pela combinação das duas condições (pobreza e cor da pele). Infere-se que novos estudos devam ser efetuados, avaliando o peso característico de marcadores étnico-raciais e de classe social na acessibilidade nos serviços de saúde (TRAD, CASTELLANOS, GUIMARÃES, 2012). Dados semelhantes foram encontrados por Faersteini et al. (2014). Os autores chegaram à conclusão de que os afrodescendentes, no Brasil, possuem uma maior experiência de discriminação racial ao longo da vida o que pode aumentar substancialmente

o risco de hipertensão arterial. As condições socioeconômicas podem potencializar ainda mais esse risco.

A etnia é um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos, apontando que 3,8% dos brancos afirmaram nunca terem ido ao dentista enquanto que essa situação foi vivenciada por 7,8% dos negros (SOUZA et al., 2012).

Almeida et al. (2017) analisaram a associação entre as características socioeconômicas e o acesso ou uso de serviços de saúde entre idosos por meio de um revisão sistemática da literatura e concluíram que existe um acesso ou uso desigual dos serviços de saúde na maioria dos países, variando de acordo com o tipo de serviço utilizado, demonstrando que uma maior renda e educação foram associadas ao uso e ao acesso a consultas médicas em países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos e a mesma associação foi observada em consultas odontológicas em todos os países.

As doenças bucais são de origem multifatorial e compartilham fatores de risco modificáveis com as principais DNTs, incluindo o consumo de tabaco, o consumo prejudicial de álcool e as dietas pouco saudáveis (BENOIT, 2015). As doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardíacas, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes mellitus, são responsáveis pela maioria de óbitos e apresentam fatores comuns com as doenças bucais, como a falta de higiene bucal, dieta inadequada, abuso de álcool e o uso de tabaco (TÜRKP, SPRANGER, 2016).

Luo et al. (2015) avaliaram as tendências da perda dentária entre os adultos com e sem diabetes mellitus nos Estados Unidos e observaram que o número de dentes perdidos entre negros não hispânicos com diabetes aumentou mais com a idade do que entre os não hispânicos brancos com diabetes ou mexicano-americanos com diabetes, mas a tendência na perda de dentes para adultos com e sem diabetes foi semelhante para os 3 grupos raciais/ étnicos e aponta que o cuidado correto com a saúde oral entre adultos com diabetes precisa ser promovido, evitando a perda de dentes.

A diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada por altos níveis de glicemia, resultantes de defeitos na secreção de insulina e/ou na ação dela. A diabetes é altamente prevalente, afligindo aproximadamente 150 milhões de pessoas em todo o mundo com previsão de aumentar para 300 milhões no ano 2025, tendo como principais causas desse aumento, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população, dieta inadequada, obesidade e estilo de vida sedentário (OMS, 2003).

Jain et al. (2014) demonstraram que a saúde oral foi comprometida nos pacientes com hemodiálise, apresentando maior prevalência de cárie dentária nesses pacientes em comparação aos grupo de indivíduos saudáveis, ocorrendo uma piora com a duração da hemodiálise. A negligência de saúde oral contribui para morbidade e mortalidade potencial.

A condição de saúde bucal dos pacientes assistidos pelo ambulatório de Reumatologia do HUCAM/UFES foi considerada ruim em estudo que aponta a importância da inserção do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de atenção aos pacientes reumáticos para que se possa melhorar a qualidade do atendimento oferecido a essa população, bem como sua qualidade de vida (CARVALHO, TEIXEIRA, GOMES, 2009).

Com objetivo de verificar a evolução dos indicadores socioeconômicos e de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos de idade, ocorrida no Brasil entre os anos 2000 e 2010, Mendes, Matos e Bastos (2016) utilizaram como base os dados dos levantamentos em Saúde Bucal, dos anos de 2003 e 2010, e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013b) tendo concluído que houve melhora significativa em todos os indicadores socioeconômicos entre os anos 2000 e 2010 e também houve melhora significativa nos índices de ocorrência de cárie dentária nas faixas etárias estudadas e em todas as regiões do Brasil nesse mesmo período.

3.3 A Saúde Bucal e as Desigualdades Sociais

Uma ampla revisão da literatura abordou a inter-relação das doenças não transmissíveis mais frequentes com a doença bucal em todos os aspectos essenciais e epidemiológicos, demonstrando que os principais fatores de risco são comuns para ambos principalmente para a doença cardíaca, as cardiovasculares, o câncer, a diabetes e a doença respiratória. Ressaltou também a importância que o uso do tabaco, do sal, do açúcar (principalmente em bebidas açucaradas), dos alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, a pouca atividade física e o consumo excessivo de álcool estão presentes ou causam mais de dois terços de todos os novos casos de doenças não transmissíveis (VIANNA, 2012).

Wu et al. (2012) apontaram, em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), que existem variações significativas em grupos raciais/étnicos e que os nativos americanos apresentaram maior taxa de edentulismo (23,98%), seguida de afro-americanos (19,39%), caucasianos (16,90%), asiáticos (14,22%) e hispânicos (14,18%). Em outro estudo nos EUA, foi observado que adolescentes experimentam muitas disparidades raciais/étnicas nos cuidados de saúde (LAU, LIN, FLORES, 2012).

Quanto à assistência odontológica, as diferenças são enormes: o percentual de afro-descendentes que nunca foi ao dentista chega a 24%, quase o dobro do percentual de brancos na mesma situação (14%). Outro dado importante diz respeito ao percentual de brancos com acesso ao plano de saúde que é de 2,22 vezes maior que o de afro-descendentes, segundo o Atlas Racial Brasileiro (2004). Estudo realizado com populações indígenas sugere que as dificuldades de acesso à assistência em saúde estão densamente

relacionadas com a questão étnico-racial, influenciando no processo saúde-doença desses indivíduos (COIMBRA JÚNIOR et al., 2013).

Estudo que teve como objetivo analisar a condição de saúde bucal de duas comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, uma rural e outra urbana, correlacioná-las com o perfil socioeconômico e a quantidade de flúor encontrada na água de consumo concluiu que as comunidades apresentaram um baixo nível socioeconômico e viviam abaixo da linha da pobreza. Foram encontrados altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias nas duas comunidades (FIGUEIREDO et al., 2016).

Em outro estudo realizado em comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, os resultados indicam que a insatisfação com a aparência bucal e com a performance mastigatória está associada à autopercepção de saúde bucal, sendo a autopercepção negativa de saúde bucal citada por 53,1% dos indivíduos (BIDINOTO, 2017).

Elaborar programas baseados na equidade é necessário para diminuir as desigualdades e seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida das pessoas (GUERRA et al., 2014).

3.4 Qualidade de vida relacionada à saúde

A qualidade de vida (QV) relacionada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de suas atividades diárias. Tem-se observado, assim, um interesse crescente, por parte dos pesquisadores, em quantificar as consequências de uma doença que afeta a rotina de seu portador (ALVARENGA et al., 2011).

A epidemiologia tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para uma maior compreensão das necessidades dos pacientes a fim de refinar os diagnósticos e decidir o melhor tipo de tratamento, levando em consideração os aspectos sociopsíquicos. Os dados de autopercepção são importantes, pois é possível verificar quando existe a necessidade de mudança de comportamento, a qual só ocorre quando há motivação, ou seja, quando o paciente tem a consciência de sua própria condição e possa desenvolver o interesse em cuidar de sua saúde, e este se transforme em bem-estar e aumente a QV (JOHANSSON, ÖSTBERG, 2015).

Adolescentes brasileiros relataram alto impacto negativo da saúde bucal na sua qualidade de vida, incidindo em 39,4% que relataram pelo menos um impacto, com maioria no sexo feminino, e 3,32 vezes maior entre pardos, amarelos e indígenas, em relação aos brancos. Quanto menor a escolaridade, maior a média de impacto negativo, bem como quanto menor a renda, maior o impacto negativo (PERES et al., 2013).

O instrumento *Oral Health Impact Profile* (OHIP) vem sendo utilizado por vários autores em populações e grupos específicos como idosos que confirmaram que os idosos subestimaram os sintomas por acreditarem serem consequências do envelhecimento (HAIKAL et al., 2011).

A derivação brasileira do OHIP-14 foi publicada por Oliveira e Nadanovsky em 2005. Os autores realizaram uma avaliação das propriedades de medição da versão brasileira da forma curta do Perfil de impacto na saúde bucal (OHIP14). Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal que avaliava o impacto de dor dentária na qualidade de vida de 504 gestantes. Os autores concluíram que a versão brasileira do questionário apresentava boas propriedades psicométricas, similarmente à versão original em inglês, e que, dessa forma, se qualificava como válido para o idioma português brasileiro (OLIVEIRA, NADANOVSKY, 2005).

Peres et al. (2013) concluíram em seu estudo com 5.445 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade que havia grande impacto na QV, quanto menor a renda e a escolaridade dos adolescentes, maiores eram as chances de relatar problemas dentários, de mastigação, além de alterações psicossociais na vida diária em relação aos de maior renda, mesmo considerando a presença de agravos bucais. A qualidade de vida, segundo o autor, foi afetada mais no domínio físico, representado por dificuldades para comer e escovar os dentes, além da irritação e vergonha para sorrir. A maioria dos agravos bucais esteve associado ao maior impacto negativo na qualidade de vida dos adolescentes.

Estudo com adolescentes, adultos e idosos usuários da Atenção Primária demonstrou o espaço importante que a boca ocupa na vida das pessoas, pela relação com o sorriso, comunicação, interação com as pessoas e aparência pessoal. Quando a perda dentária era parcial, indolor e não afetava a aparência, a mastigação e a fala, essa perda não interferiu nas relações sociais entre os indivíduos adolescentes e adultos estudados (CORRÊA et al., 2016).

3.5 Validação de questionário de saúde bucal

A saúde bucal vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (LOCKER et al., 2002; JOKOVIC et al., 2002).

A comunidade científica especializada, ao compreender criticamente essa questão, tem procurado criar e validar instrumentos que avaliam o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, denominados comumente na literatura pela expressão “indicadores sociodentais”. Entre esses indicadores destaca-se, por seu amplo uso, o Perfil de Impacto da Saúde Bucal, ou *Oral Health Impact Profile* (OHIP) (SLADE, SPENCER, 1994).

A qualidade de vida (QV) é um termo multidimensional (FLECK, 2008) e como tal deve ser estudado considerando uma série de fatores que podem influenciar na sua percepção. Condições clínicas e problemas de saúde podem impactar na qualidade de vida, mas não é somente isso que deve ser considerado. Podemos ainda definir qualidade de vida relacionada à saúde bucal como a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal (ATCHISON, 2002).

O OHIP considera as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados. Em sua versão original, é composto por 49 questões (SLADE, SPENCER, 1994). Em 1997, uma versão abreviada do OHIP foi criada, o OHIP-14, contendo 14 questões (SLADE, 1997). O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído pelo respondente, pior é a autopercepção do impacto (SLADE, SPENCER, 1994). A aplicabilidade do OHIP é ampla e tem sido demonstrada em distintas culturas e diferentes países, na busca por uma eventual associação com fatores sociais, econômicos, demográficos e comportamentais (WALTER et al., 2007, IKEBE et al., 2004, NGUYEN et al., 2011).

Anguita et al. (2001) defendem que a adaptação de instrumentos é preferível e citam três razões principais: a complexidade do processo de criação de um questionário; o fato de a adaptação permitir confiabilidade e validade similar ao instrumento original; e a necessidade de elementos de referência para serem utilizados em investigações em que participam vários países. Como a tarefa de desenvolver um novo instrumento para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde consome muito tempo, com grande frequência instrumentos são exportados para realidades culturais distintas de onde foram desenvolvidos (HERDMAN, 1998).

Há uma escassez na literatura sobre a saúde bucal relacionada a QV dos quilombolas. Nesse sentido, relacionar a saúde bucal à QV permite uma percepção mais ampla do conhecimento dos fatores que levam à diminuição da autoestima, ao desencorajamento da interação social, ao estresse crônico e à depressão. A falta de saúde

bucal pode também interferir nas funções vitais, como respirar, comer, deglutir e falar, bem como nas atividades da vida diária, tais como o trabalho e família. Com isso, estudos epidemiológicos ajudam no direcionamento de políticas de saúde e na adequação de serviços de apoio interdisciplinares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOYADE, O.M.; BEAUCLAIR, R.; MBAMALU, O.N.; PUOANE, T.R.; HUGHES, G.D. Health-seeking behaviours of older black women living with non-communicable diseases in an urban township in South Africa. *BMC Complement Alter Med* 2016; 16(1): 410.

ALMEIDA, A.P.S.C; NUNES, B.P.; DURO, S.M.S.; FACCHINI, L.A. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev. de Saúde Pública* 2017; 51: 50.

ALVARENGA, F.A.S.; HENRIQUES, C.; TAKATSUI, F.; MONTANDON, A.A.D.; TELAROLLI-JÚNIOR, R.; MONTEIRO, A.L.C.C.; PINELLI, C.; LOFFREDO, L.C.M. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(3): 118-24.

ANGUITA, J.C.; LABRADOR, J.R.R.; CANDEL, J.P. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:789-96.

ANTUNES, J.L.F.; TOPORCOV, T.N.; BIAZEVIC, M.G.H., BOING, A.F., BASTOS, J.L. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev. de Saúde Publica* 2013; 47(3): 470-78.

ATCHISON, K.A. Understanding the quality in quality care and quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral Health-Related Quality of Life*. USA: Quintessence Books 2002:13-29.

BARBETTA, P.A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

BASTOS, E.S.M.; PITTA, A.F. A política de saúde integral da população negra no município de Salvador. *Cad. do CEAS* 2016; (236): 108-24.

BENOIT, V. Integrating Oral Health with Non-Communicable Diseases as an Essential Component of General Health: WHO's Strategic Orientation for the African Region. *J Dent Educ* 2015; 79(5Suppl):S32-7.

BIDINOTTOI, A.B.; D'ÁVILAII, O.P.; MARTINSIII, A.B.; HUGOIV, F.N.; NEUTZLINGI, M. B.; DE SOUZA BAIROSI, F.; HILGERTI, J.B. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(1), 91-101.

BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G.; ANTUNES, J. L.; PERES, M. A. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. *Rev. Bras. Epidemiol. Suppl.* D.S.S. 2014, p.102 – 115.

BRASIL. *Constituição Federal da República*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. *Constituição Federal da República*, 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, artigo 68: Ministério da Justiça, 2002.

BRASIL. Decreto no. 4887, de 20 de novembro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 nov. 2003. Sessão 1, p. 4.

BRASIL. Atlas Racial Brasileiro. [online]. 2004. [Acesso em: 12 ago 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_racial.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégias para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2011. [Acesso em: 16 ago 2017]. Disponível em http://portal.saude/profissional/area.cfm?id_area=1818.

BRASIL. *Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária*. (INCRA). Ministério do Desenvolvimento Agrário [online] 2012a. [Acesso em 11/2016]. Disponível em: <www.incra.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2012b.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS. 2ª Ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. PNS – *Pesquisa Nacional de Saúde*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [online] 2013a. [Acesso em: 10/2017]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9161&t=download>

BRASIL. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil* [online] 2013b. [Acesso em: 10/2016]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>

BRASIL. *Fundação Cultural Palmares*. Ministério da Cultura. [online] 2017. [Acesso em 10/2017]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>.

CARDOSO, L. G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciê. & Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, 2015, p.809-820.

CARNEIRO, E. *O Quilombo dos Palmares*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

CARVALHO, L.; CAMARGO, C.L. Reflexões sobre a família de indivíduos negros e os desafios do seu cotidiano. *Rev. Baiana de Saúde Pública* 2014; 38(3):725-37.

CARVALHO, R.B.; TEIXEIRA, L.P.; GOMES, M.J. Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes, Vitória – ES. *RFO* 2009; 14(3):216-22.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M.A. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1;1007–15.

COIMBRA-JÚNIOR, C.E.; SANTOS, R.V.; WELCH, J.R.; CARDOSO, A.M.; SOUZA, M.C.; GARNELO, L.; RASSI, E.; FOLLÉR, M.L.; HORTA, B.L. 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.

CORRÊA, H.W.; BITENCOURT, F.V.; NOGUEIRA, A.V.; TOASSI, R.F.C. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. *Physis Rev. Saúde Coletiva* 2016; 26(2): 503-24.

FAERSTEINI, E.; CHORI, D.; WERNECKI, G.L.; LOPESI, C.S.; KAPLAN, G. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. *Rev bras Epidemiol* 2014; 17(supl.2).

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2015; 15(2): 219-29.

FIGUEIREDO, M.C.; BENVEGNÚ, B.P.; SILVEIRA, P.P.L.; SILVA, A.M.; SILVA, K.V.C.L. Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Faculdade de Odontologia de Lins* 2016; 26(2):61-73.

FLECK, M.P.A. *A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008: 228.

FRAGA, F. A.; SANINO, G.E.C. Saúde da mulher negra: passos e descompassos, ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? *Revista da ABPN*, v.07, n.15, nov 2014 – fev 2015, p.192-211.

FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* 2011; 13:937-43.

FURTADO, M.B.; SUCUPIRA, R.L.; ALVES, C.B. Cultura, Identidade e Subjetividade Quilombola: uma leitura a partir da Psicologia Cultural. *Psicologia & Sociedade* 2015; 26(1): 106-15.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.

GOMES, F.S. *Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil*. Ed Companhia das Letras, 2015.

GUERRA, M.J.C.; GRECO, R.M.; LEITE, I.C.G.; FERREIRA, E.F.; PAULA, M.V.Q. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4777-86.

HAIKAL, D.S.; PAULA, A.M.A.B.; MARTINS, A.M.E.B.L.; MOREIRA, N.A.; FERREIRA, E.F. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7):3317-29.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.

IKEBE, K.; WATKINS, C.A.; ETTINGER, R.L.; SAJIMA, H.; NOKUBI, T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004;21(3):167–76.

JAIN, S.; SINGLA, A.; BASAVARAJ, P.; SINGH, S.; SINGH, K.; KUNDU, H. Underlying kidney disease and duration of hemodialysis: An assessment of its effect on oral health. *J C Diagn Res* 2014; 8:ZC65-ZC69.

JOHANSSON, G.; ÖSTBERG, A.L. Oral health-related quality of life in Swedish young adults. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2015; 10(1), 27125.

JOKOVIC, A. et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oralhealth-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81(7), 459-63.

KABAD, J.F.; BASTOS, J.L.; SANTOS, R.V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev. Saúde Coletiva* 2012; 22(3):895-918.

LAU, M.; LIN, H.; FLORES, G. Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care among U.S. Adolescents. *Health Serv Res* 2012; 47(5): 2031-59.

LIMA, M. F. QUILOMBOLAS: desencontros teóricos e empíricos entre o universalismo jusfilosófico e as peculiaridades das comunidades e de seus integrantes. *Temiminós Rev. Científica* 2014; 3 (1): 130-43

LOCKER, D. et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30 (6): 438-48.

LOCKER D., GIBSON B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):280–8.

LOTUFO, P.A, BENSON IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1201-4.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2095-128.

LUO, H.; PAN, W.; SLOAN, F.; FEINGLOS, M.; WU, B. Forty-Year Trends in Tooth Loss Among American Adults With and Without Diabetes Mellitus: An Age-Period-Cohort Analysis. *Prev Chronic Dis* 2015; 12:E211.

MALTA, D.C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F.; BARROS, M.B.A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Publica* 2017;51 Supl 1:4s.

MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANCA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(4): 713-24.

MELO, M.F.T.; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN* 2015; 7(16); 168-89.

MENDES, H.J.; MATOS, P.E.S.; BASTOS, J.R.M. Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no brasil. *Rev Saúde Com* 2016; 12(1): 454- 62.

MOZAFFARIAN, D. et al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133: e38–e360.

NGUYEN, T.C.; WITTER, D.J.; BRONKHORST, E.M.; GERRITSEN, A.E.; CREUGERS, N.H.J. Chewing ability and dental functional status. *Int J Prosthodont* 2011; 24(5):428–36.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-14.

OLIVEIRA, S.K.M.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Colet* 2016; 24(4): 420-27.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Adherence to long-term therapies - evidence for action*. [online] 2003. [Acesso em 10 out 2017]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

PERES, K.G.; CASCAES, A.M.; LEÃO, A.T.T.; CÔSTES, M.I.S.; VETTORE, M.V. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(3): 19-28.

PINHO, L.; DIAS, R.L.; CRUZ, L.M.A.; VELLOSO, N.A. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *J Res.: fundam care online* 2015. jan./mar. 7(1):1847-1855 ISSN 2175-5361 DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-55.

REIS, J.J.; GOMES, F.S. (Orgs.). *Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RODRIGUES, J.M. Políticas públicas de desenvolvimento territorial para a população quilombola: algumas considerações. *Cadernos Ceru* 2014; 25(2).

SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA MM, ANDRADE SSCA, NUNES ML, MALTA DC, MOURA L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(3): 389-98.

SILVA. Socio-ecology of health and disease: The effects of invisibility on the caboclo populations of the Amazon. In: Adams, C.; Murrieta, R.S.S.; Neves, W.A.; Harris, M. (Orgs.), *Amazon Peasant Societies in a Changing Environment: Political Ecology, Invisibility and Modernity in the Rain Forest*. New York: Springer, 2009, p. 307-333.

SILVA. A Amazônia está doente. In: Gorayeb, I. S. (Coord.), *Amazônia 2*. Belém: RM GRAPH, Jornal “O Liberal”, 2010, p. 89-91.

SILVA, C.B.R.; FERREIRA, C.G.S.; RODRIGUES, F.L. saúde quilombola no Maranhão. *Revista Ambivalências* 2016; 4(7):106-33.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1997; 25(4):284-90.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3–11.

SOARES, L.R.; NUNES, C.A.R. O direito de propriedade de áreas ocupados por comunidades quilombolas como expressão da teoria do reconhecimento. In: CONGRESSO

BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA. Ribeirão preto: UNAERP, 3., 2015. Anais... p. 157-166, 2015.

SOUSA, M.A.; PINHEIRO, A.P.L; PINHEIRO, A.C.L.; ASSUNÇÃO, L.S.; SILVA, J. Patrimônio Histórico Cultural: um olhar sobre a construção do mapeamento das comunidades negras e quilombolas do Cariri Cearense. *Rev Ciência da Informação* 2013; 3(2).

STRINGHINI, S.; FORRESTER, T.E.; PLANGE-RHULE, J.; LAMBERT, E.V.; VISWANATHAN, B.; RIESEN *et al.* The social patterning of risk factors for noncommunicable diseases in five countries: evidence from the modeling the epidemiologic transition study (METS). *BMC public health* 2016; 16(1): 956.

TAVARES, N.U.L.; LUIZA, V.L.; OLIVEIRA, M.A.; COSTA, K.S.; MENGUEL, S.S.; ARRAIS, P.S.D.; RAMOS, .LR.; FARIAS, M.R.; PIZZO, T.S.D.; BERTODI, A.D. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 2):7s.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARAES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(6): 1007-13.

TÜRKP, J.C.; SPRANGER, H. Non-communicable disease and their significance for dental medicine. *Swiss Dent J* 2016; 126(5): 473-89.

VELTEN, A.P.C.; MORAES, N.A.; OLIVEIRA, E.R.A.; MELCHORS, A.C.; SECCHIN, C.M.C.; LIMA, E.F.A. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo. *Rev Bras Pesq Saúde* 2013; 15(1): 9-16.

VIANNA, R.B.C. Aspectos Epidemiológicos das Doenças Não Transmissíveis e sua relação com a saúde bucal. Dissertação para concorrer a posição de Acadêmico Titular da Academia Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro 2012.

VIEIRA, A. B. D. *População quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da bioética de intervenção*. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Programa de 189 Revista da ABPN • v. 7, n. 16 • mar – jun. 2015, p.168-189. Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília. 2014.

WALTER, M.H.; WORONUK, J.I.; TAN, H.K.; LEN, Z.U.; KOCH, R., BOENING, K.W. *et al.* Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc* 2007;73(2):153.

WHO. Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2008.

WU, B.; LIANG, J.; PLASSMAN, B.L.; REMLE, C.; LUO, X. Edentulism Trends among Middle-aged and Older Adults in the United States: Comparison of Five Racial/Ethnic Groups. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(2): 145-53.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de estudo do tipo transversal multimétodo com abordagem quantitativa realizado entre março de 2016 a maio de 2017. O Estudo 1 foi em 13 comunidades quilombolas do estado de Sergipe com aplicação de questionário de impacto da saúde bucal na qualidade de vida para validação para população quilombola. O Estudo 2 foi uma pesquisa de base populacional em 4 comunidades quilombolas sergipanas. Houve integração dos dois projetos para atingir os objetivos propostos nesta tese.

4.2 População e Amostra

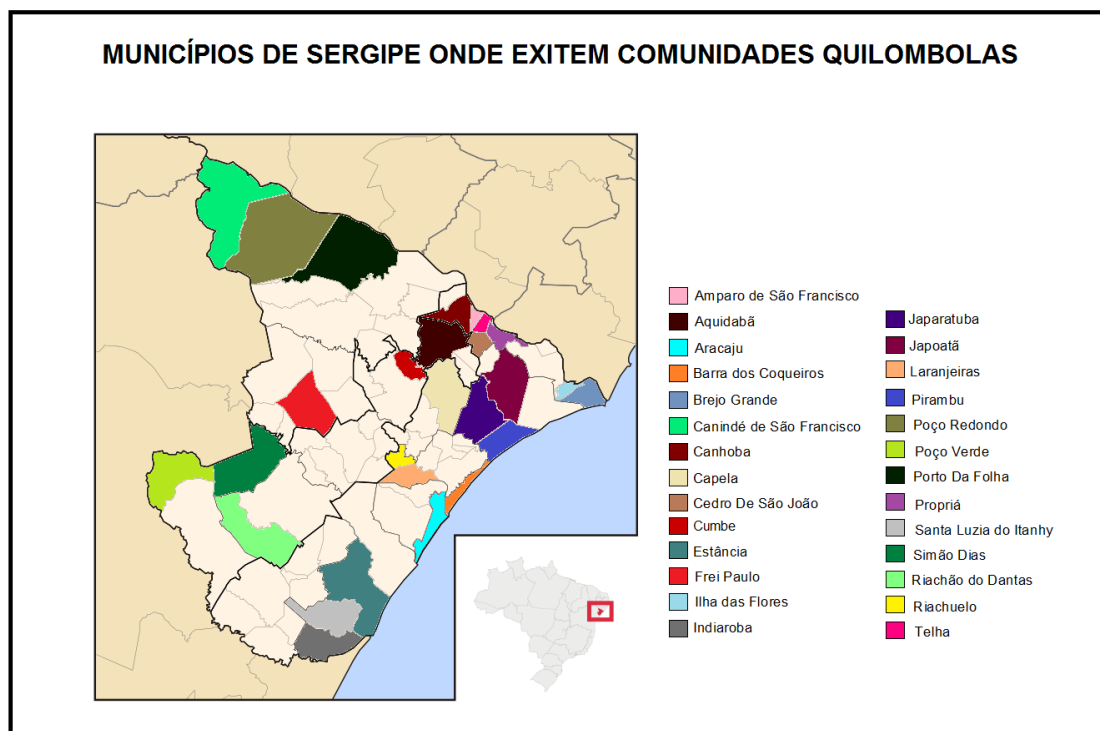


Figura 1- Mapa de Sergipe com delimitação dos municípios e comunidades quilombolas – 2015

O estado de Sergipe possui 75 municípios, dentre eles, 29 possuíam comunidades remanescentes de quilombos certificadas até 2015 (figura 1).

4.3 Cálculo da amostra

Estudo 1

A população do Estudo 1 foi composta por 13 comunidades quilombolas sergipanas selecionadas aleatoriamente. A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe sobre o número de famílias cadastradas em cada comunidade. Para calcular a amostra, foi utilizada a fórmula Barbeta (2010), amostragem do tipo aleatória descrita na Equação: $n = \frac{N \cdot no}{N + no}$, em que $no = \frac{1}{Eo^2}$. Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, tendo como parâmetro erro amostral de 0,05.

A amostra mínima para realização deste estudo foi de 353 famílias e acrescidos 15%, considerando as possíveis perdas que podem comprometer a representatividade dessa amostra. Portanto, o número total da amostra fica em 406 famílias.

Participaram do estudo de validação do questionário OHIP 409 sujeitos de ambos os sexos das populações quilombolas selecionadas: Alagamar (Pirambu), Anigas (Pirambu), Bongue (Ilha das Flores), Cantagalo (Capela), Caraíbas (Canhoba), Povoado Forte (Cumbe), Maloca (Aracaju), Mocambo (Aquidabã), Mussuca (Laranjeiras), Pontal da Barra (Barra dos Coqueiros), Patioba(Japaratuba), Pirangi (Capela) e Terra Dura (Capela)

Estudo 2

Participaram do estudo de pesquisa de campo 179 indivíduos de ambos os sexos, de 4 populações quilombolas sergipanas: Maloca (Aracaju), Mussuca (Laranjeiras), Pontal da Barra (Barra dos Coqueiros) e Patioba (Japaratuba).

A comunidade de Laranjeiras-SE foi selecionada pela necessidade de diagnósticos mais aprofundados da situação de saúde, uma vez que estudo anterior já havia apontado que no povoado Mussuca, em Laranjeiras, foi registrado um aumento progressivo anual no indicador de número de hipertensos cadastrados no período compreendido entre 2009-2013 que poderia ser devido ao envelhecimento desta população (CANDEIAS, 2014).

Outras comunidades foram selecionadas para compor a amostra como Pontal da Barra-Barra dos Coqueiros, Patioba-Japaratuba e Maloca-Aracaju por representarem características importantes de comunidades sergipanas.

Pontal da Barra por possuir características de comunidade pesqueira, sendo reconhecida como remanescente de quilombos pela Fundação Cultural Palmares, desde outubro de 2006, sendo a pesca no rio Japaratuba a principal atividade econômica. Já a comunidade quilombola da Maloca foi inserida por ser a primeira comunidade remanescente de quilombo urbana de Sergipe, localizado no município de Aracaju - SE, certificada pela Fundação Cultural Palmares (FCP) em fevereiro de 2007, sendo a segunda do país a ser certificada pela FCP.

Estudo anterior na comunidade de Patioba-Japaratuba apontou resultados com elevados índices de cárie dentária na população estudada acima dos resultados do SB Brasil 2010. A cárie dentária nesta população esteve associada significativamente com a idade, com aumento proporcional de seus índices nas faixas etárias e ao sexo feminino (ARAÚJO, 2012). Torna-se oportuno verificar os fatores de risco comuns, inclusive para doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária nesta comunidade.

Cálculo da amostra

Para calcular a amostra, foi utilizada a fórmula Barbeto (2010), amostragem sistemática descrita abaixo.

Quadro 1. Cálculo do tamanho amostral por população quilombola, 2016.

Comunidade Quilombola	Famílias Cadastradas		Amostra
	nº	%	nº
Maloca	91	9	25
Pontal da Barra	143	14,6	43
Patioba	191	19,6	57
Mussuca	548	56,3	159
Total	973	100,0	284

A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe sobre o número de famílias cadastradas em cada comunidade (Quadro 2). O cálculo da amostra foi realizado a um nível de significância de 95%, considerando o tamanho da população geral das 4 comunidades (BARBETTA, 2010), apesar da amostra mínima para realização deste estudo ter sido calculada em 284 famílias a um nível de significância de 95%.

4.4 Critérios de inclusão

Foi incluído um sujeito de cada família que possuísse idade igual ou maior a 12 anos, de ambos os sexos, morador cadastrado como quilombola das comunidades selecionadas no estado de Sergipe, de ambos os gêneros das populações quilombolas selecionadas por conveniência no ano 2015 nos municípios referidos na população quilombola de cada estudo.

4.5 Critérios exclusão

Foram excluídos os hospitalizados e os portadores de alguma deficiência incapacitante.

4.6 Aspectos éticos

Os participantes concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi previamente lido e explicado. Em se tratando de menores de idade, este termo foi assinado por ser responsável legal. Para os menores de 18 anos, além da

aprovação por meio do TCLE pelo responsável legal, foi realizada a assinatura do termo de assentimento do adolescente com explicação clara sobre os procedimentos da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer nº 1.685.357 que versa sobre perfil epidemiológico das doenças e agravos nas comunidades quilombolas sergipanas e do parecer nº 2.093545, que aborda os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais e impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas. A pesquisa segue os princípios éticos da resolução nº 466/12 (Anexo 1, 2 e 3).

4.7 Instrumentos para coleta de dados

a) Questionário contendo questões de âmbito social, econômico e cultural associado (modificado do IBGE) e questões sobre os fatores de risco comuns das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais (Quadro 2).

b) Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida foi aplicada a versão simplificada do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14, conforme preconizado por Slade (1997) e utilizada a versão brasileira de Oliveira e Nadanovsky (2005) presente no bloco de questões específicas dessa escala no modelo de questionário utilizado. As respostas foram classificadas da seguinte forma: aos itens “muito frequente” e “pouco frequente” foi atribuído valor 1 (um), considerando existência de impacto na qualidade de vida. As respostas “ocasionalmente”, “nunca” e “quase nunca” consideradas como inexistência do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, recebeu o valor 0 (zero).

c) Ficha clínica para exame bucal individual dos participantes – por meio dessa ficha foi realizado levantamento epidemiológico com exame clínico bucal para investigar as condições de Cárie Dentária na dentição permanente, através do Índice de CPO-D (que expressa a soma do número de dentes cariados, perdidos e restaurados) e o Índice de Necessidades de Tratamento, que mede a quantidades de restaurações, tratamento pulpar, exodontias, necessidade de prótese, incluindo coroas e próteses parciais e totais. Os critérios de diagnóstico equivaleram aos do Projeto SB-2010 (Brasil, 2012b).

Quadro 2. Aspectos e variáveis analisados

Aspectos analisados	Variáveis	Fonte
Sociodemográficos e econômicos	Escolaridade Idade Sexo Cor auto-referida Renda Familiar	IBGE (adaptado)
Estilo de Vida	Atividade Física Alimentação	PNS (adaptado)

	Etilismo Tabagismo Uso de medicamentos	
Doenças e agravos crônicos	Hipertensão Arterial (HA) Diabetes mellitus (DM) Colesterol alto Doenças cardíacas Dor crônica Coluna vertebral Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) Depressão Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Câncer Insuficiência renal crônica	(CID 10)
Índice CPO-D	Cariados Perdidos\Extraídos Obturados\Restaurados	(Klein e Palmer-1937)
Impacto na Qualidade de Vida	Limitação Funcional Dor Física Desconforto Psicológico Limitação Física Limitação Psicológica Limitação Social Incapacidade	(OHIP-14)

4.8 Coleta de dados

Durante a coleta de dados, os participantes do estudo eram convidados a participar e informados do caráter da pesquisa, dos instrumentos avaliativos e do TCLE. A equipe participante da coleta de dados foi treinada e calibrada para participar das entrevistas e dos exames clínicos de saúde bucal, alcançando nível de concordância interexaminador de 93% e teste kaooa com valor de 0,88.

Estudo 1

Aplicou-se o questionário de escala de avaliação da saúde bucal na qualidade de vida- versão simplificada do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14 (SLADE, 1997) com acompanhamento da equipe da pesquisa, conforme quadro 3.

Estudo 2

Realizaram-se entrevistas seguindo o roteiro de perguntas do questionário contendo questões de âmbito social, econômico e cultural e questões sobre os fatores de risco comuns das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais, conforme quadro 3.

Em seguida, seguiu-se o exame bucal para diagnóstico da cárie dentária com medição do número de dentes cariados, perdidos e obturados, conforme quadro 3. O exame bucal foi realizado em local amplo e com iluminação natural, com o indivíduo sentado e com a cabeça apoiada para trás, ficando o examinador posicionado em pé, em frente a este. Utilizaram-se materiais esterilizados compostos por espelhos bucais planos, pinças clínicas,

além de espátulas de madeira e de uma lanterna média, como preconizadas pela OMS (1999). Houve integração entre os estudos 1 e 2. O fluxograma abaixo esquematiza como foi efetivada a metodologia nos dois estudos e a integração destes.

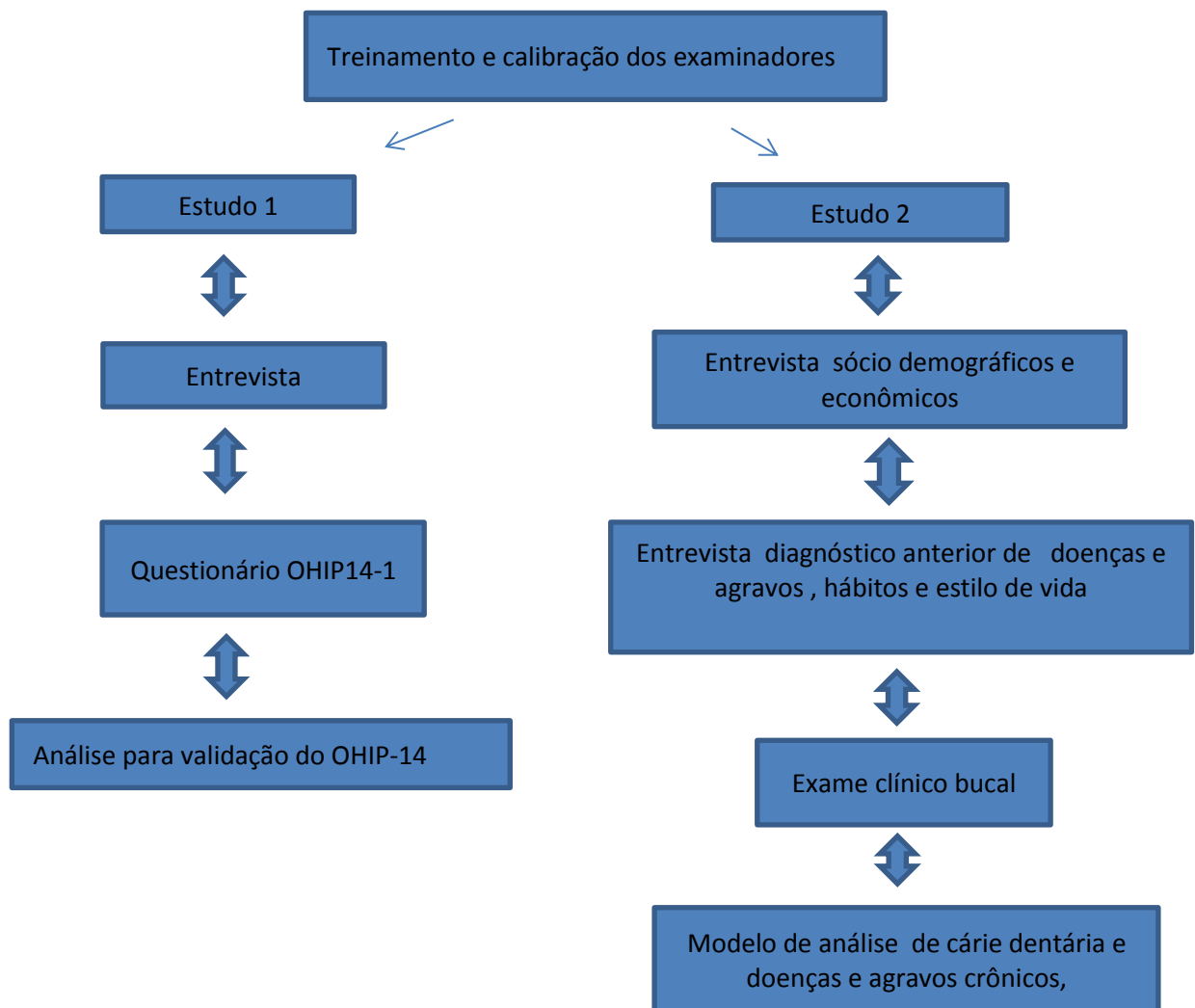


Figura 2- Fluxograma da metodologia dos estudos 1 e 2

4.9 Metodologia de Análise de dados

4.9.1 Estudo 1- Questionário OHIP-14 - Validação

Para realizar a análise do questionário OHIP, as variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e em porcentagem. O teste do qui-quadrado foi aplicado para avaliar associação entre variáveis categóricas. Variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio-padrão. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para avaliar diferenças de escores entre grupos. O critério de significância foi o valor de p bicaudal $< 0,05$.

Em seguida, aplicaram-se os métodos para avaliar a confiabilidade, consistência e validade do questionário OHIP-14 em comunidades quilombolas. Utilizou-se o alpha de Cronbach, para avaliar a estimativa da confiabilidade e da consistência interna, tanto para os 14 itens, quanto para as 7 dimensões.

Foi realizada a avaliação da utilidade de cada item ou dimensão pelo cálculo da correlação entre cada item e a totalidade dos itens restantes ("item-rest correlation"). Foram considerados critérios para a eventual retirada do item e repetição de testes de adequação para o novo questionário valores significativamente inferiores ao alpha global.

Para estimar a validade do OHIP-14 como um construto determinante do "impacto na saúde oral" em comunidades quilombolas, utilizou-se a análise de fator de componente principal ("principal component factor analysis").

O método utilizado para selecionar fatores foi o critério de Kaiser. Foram mantidos os fatores capazes de gerar autovalores standardizados ("eigenvalues") maior ou igual a 1, isto é, com potencial explicativo envolvendo, no mínimo, uma questão.

Estimou-se a proporção de variância de todos os itens do questionário, explicável por cada fator. Igualmente, a proporção de variância "comum" ("comunalidade") de cada item do questionário, com referência à totalidade. Quanto maior a comunalidade, maior a participação do item na formação dos fatores.

Para avaliar a necessidade de retirada de variáveis com o intuito de otimizar a validade do questionário, adotaram-se dois critérios, cargas ("loadings") inferiores a 0,40 ou comunalidades ("communalities") inferiores a 0,50, por indicarem fraca correlação entre item e fatores determinantes do construto.

Foram empregados gráficos de declividade ("scree plots") para visualizar o ponto de inflexão, a partir do qual torna-se pouco expressiva a participação dos fatores na formação do construto (variável latente) originário da obtenção dos dados do questionário. Utilizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin para mensurar o grau de adequação da amostra para a realização da análise fatorial. Considerou-se o nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Com extensão de 0 a 1, valores entre 0,8 e 0,89 são considerados apropriados e valores a partir de 0,90 são considerados excelentes.

Foi realizada a distribuição de frequência das características sociodemográficas dos participantes e feito o cálculo das prevalências das doenças bucais investigadas. O teste de normalidade de Shapiro Wilk descartou a distribuição normal das variáveis contínuas. Realizou-se comparação de média do índice CPO-D e seus componentes C, P e O com as variáveis sociodemográficas e variáveis da percepção dos participantes sobre a ocorrência das DCNT. Foi aplicado teste Mean Whitney quando duas categorias foram comparadas e Teste Kruskal-Wallis quando havia mais de duas categorias. Para verificar a significância

estatística das relações pesquisadas foi considerado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

4.9.2 Estudo 2 - Cárie dentária, Doenças Crônicas não transmissíveis e fatores demográficos e socioeconômicos

Realizou-se a distribuição de frequência das características demográficas e socioeconômicas dos participantes, cálculo das prevalências das doenças DCNT e cárie dentária e cálculo das médias dos componentes e médias do próprio índice de cárie dentária, o CPO-D. O teste de normalidade de Shapiro Wilk descartou a distribuição normal das variáveis contínuas. Realizou-se comparação de média do índice CPO-D e seus componentes C, P e O com as variáveis sociodemográficas e ainda com as variáveis da percepção dos participantes sobre a ocorrência das DCNT. Foi aplicado teste Mean Whitney quando duas categorias foram comparadas e Teste Kruskal-Wallis quando havia mais de duas categorias. Foi realizado teste Pos Hoc de Turkey após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Para verificar a significância estatística das relações pesquisadas foi considerado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

5 RESULTADO

5.1 ARTIGO 1 - VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14) EM QUILOMBOLAS

5.2 ARTIGO 2 - SEVERIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS, SERGIPE

**VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)
EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Simone Alves Garcez Guedes^I, Marcos Antonio Almeida-Santos^{II}, Jamille Alves Araújo Rosa^{III}, Marlizete Maldonado Vargas^{IV}, Cristiane Costa da Cunha Oliveira^V

RESUMO

OBJETIVO: Validar o questionário OHIP-14 de avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida na língua portuguesa para comunidades quilombolas do Brasil.

MÉTODOS: Amostra de 409 sujeitos de ambos os sexos de 13 comunidades quilombolas sergipanas, no período de março 2016 a junho de 2017. O desfecho foi o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio da versão simplificada do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14 sendo aplicado para avaliar a confiabilidade, consistência interna e validade desse instrumento em comunidades quilombolas.

RESULTADOS: A análise de componentes principais do instrumento OHIP-14 apresentou confiabilidade, consistência e validade, quando aplicado em comunidades quilombolas. O valor global do alpha de Cronbach foi considerado satisfatório em termos de confiabilidade dos escores, tendo sido superior a 0,90. A avaliação da consistência interna indicou apropriada correlação entre os itens e resultou estatisticamente confiável quando aplicado nas comunidades quilombolas. O coeficiente de Cronbach foi superior a 0,9 o que é considerado consistente. Na análise fatorial de componentes principais, dois fatores alcançaram autovalores > 1. O fator 1 que representa uma mescla de aspectos físicos gerais (dor, restrição dietética) e psicológicos (ansiedade, inibição, estado irritável e insatisfação com restrições de atividades cotidianas e de integração social) e o fator 2, representando a limitação funcional (capaz de alterar voz ou paladar). As comunalidades para ambos os fatores permaneceram superiores a 0,5. O teste de Kaiser- Meyer- Olkin (valor global = 0,94) indicou excelente adequação entre a amostra e o modelo de análise de componentes principais.

CONCLUSÕES: O OHIP-14 demonstrou satisfatória confiabilidade, concordância interna e validade em comunidades quilombolas. Na análise fatorial de componentes principais, apenas um fator foi suficiente para refletir a maior parte da variabilidade das questões, o que sugere adequada propriedade do questionário, quando aplicado em comunidades quilombolas.

DESCRIPTORES: Grupo com ancestrais do continente africano. Saúde bucal. Qualidade de vida. Estudos de validação. Inquérito de saúde bucal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Validate the questionnaire OHIP-14 to assess the impact of oral health on quality of life in Portuguese in quilombola communities in Brazil.

METHODS: A sample of 409 subjects of both sexes from 13 Sergipe communities from March 2016 to June 2017. The outcome was the impact on quality of life related to oral health through the simplified version of the *Oral Health Impact Profile*, the OHIP-14 being

applied to evaluate the reliability, internal consistency and validity of this instrument in quilombola communities.

RESULTS: The main components analysis of the OHIP-14 instrument presented reliability, consistency and validity when applied in quilombola communities. The overall value of Cronbach's alpha was considered satisfactory in terms of reliability of the scores, being higher than 0.90. The internal consistency assessment indicated an appropriate correlation between the items and was statistically reliable when applied in the quilombola communities. The Cronbach coefficient was higher than 0.9 which is considered to be consistent. In the factorial analysis of main components, two factors reached eigenvalues > 1. Factor 1 represents a mixture of general physical aspects (pain, dietary restriction) and psychological (anxiety, inhibition, irritability and dissatisfaction with daily activity and integration restrictions social) and factor 2 representing the functional limitation (able to alter voice or palate). The commonalities for both factors remained higher than 0.5. The Kaiser-Meyer-Olkin test (global value = 0.94) indicated excellent fit between the sample and the main component analysis model.

CONCLUSIONS: OHIP-14 demonstrated satisfactory reliability, internal agreement and validity in quilombola communities. In the factorial analysis of main components, only one factor was enough to reflect most of the variability of the questions, which suggests adequate ownership of the questionnaire when applied in quilombola communities.

DESCRIPTORS: African continental ancestry group. Oral health. Quality of life. Validation Studies. Dental health surveys.

INTRODUÇÃO

Populações com indivíduos de pele negra, geralmente descendentes de escravos, que vivem em comunidade isolada, mantendo seus costumes, tradições e crenças, são denominados quilombolas no Brasil. Esta população socialmente excluída encontra

dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente o odontológico¹. É composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, com baixíssimo nível de escolaridade (média de 3 anos de estudo) e baixa renda familiar *per capita* (menos de R\$200,00)². Apesar de estarem entre as populações vulneráveis do Brasil e de terem sofrido historicamente iniquidades étnicas e sociais, os quilombolas têm sido negligenciados nas políticas públicas de saúde³.

A qualidade de vida (QV) relacionada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de suas atividades diárias. Para avaliar o impacto da QV na população quilombola, estudos epidemiológicos poderiam ajudar no direcionamento de políticas de saúde e na adequação de serviços de apoio interdisciplinares. Torna-se relevante a utilização de instrumentos padronizados para compreender o relacionamento da saúde bucal com a qualidade de vida dos indivíduos, de modo que haja possibilidade de replicação dessa metodologia para outras comunidades quilombolas.

A literatura científica demonstra que os instrumentos desenvolvidos são capazes de verificar aspectos psicológicos e sociais, por meio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida. O instrumento desenvolvido por Slade e Spencer na Austrália, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49)⁴, teve sua versão original adaptada à língua portuguesa e à cultura do Brasil, sendo validada aqui no ano de 2006⁵ e na forma reduzida, o OHIP-14⁶. Ambos os instrumentos medem a percepção do impacto social das disfunções bucais sobre o bem-estar das pessoas por meio de questões agrupadas em sete subescalas: (1) limitação funcional; (2) dor física; (3) desconforto psicológico; (4) incapacidades física, (5) psicológica e (6) social; e (7) deficiência na realização das atividades cotidianas.

Para que um questionário possa ser aplicado em populações diversas, com idiomas e culturas diferentes daquele em que foi criado, é necessário que ele seja validado para cada grupo. Investigar as relações entre a saúde bucal e a QV pode permitir uma percepção mais ampla do conhecimento dos fatores que levam à diminuição da autoestima, o desencorajamento da interação social, o estresse crônico e depressão neste grupo populacional. Alterações da saúde bucal podem também interferir nas funções vitais, como respirar, comer, deglutir e falar, bem como nas atividades da vida diária, tais como o trabalho na população quilombola⁷.

Entretanto, até onde se pôde investigar, o instrumento OHIP-14 ainda não foi utilizado para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em comunidades quilombolas. Não foram encontrados estudos sobre o tema nas bases analisadas, foram elas: *Medline*, *Pubmed*, *Scielo* e *Lilacs* com os descritores *African continental ancestry group*, *Oral health*, *Quality of life*, *Validation Studies*, *Dental health surveys*, na língua inglesa

e Grupo com ancestrais do continente africano, Saúde bucal, Qualidade de vida, Estudos de validação, Inquérito de saúde bucal, na língua portuguesa.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi validar o questionário em população quilombola brasileira, para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa realizado entre março de 2016 a maio de 2017.

População e Amostra

O estado de Sergipe possui 75 municípios, dentre eles, 29 possuíam comunidades remanescentes de quilombos, certificadas até 2015. A população do estudo é composta por 13 comunidades quilombolas sergipanas.

A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe sobre o número de famílias cadastradas em cada comunidade. Para calcular a amostra, foi utilizada a fórmula Barbeta (2010)⁸, amostragem do tipo aleatória descrita na Equação: $n = \frac{N \cdot no}{N + no}$, onde $no = \frac{1}{Eo^2}$. Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, tendo como parâmetros erro amostral de 0,05.

A amostra mínima para realização deste estudo foi de 353 famílias e acrescidos 15%, considerando as possíveis perdas que podem comprometer a representatividade dessa amostra. Portanto, o número total da amostra fica em aproximadamente 406 famílias.

Foram incluídos os sujeitos maiores de 12 anos, de ambos os sexos, moradores cadastrados como quilombola das comunidades selecionadas no estado de Sergipe. Os critérios de exclusão foram sujeitos com diagnóstico clínico de comprometimento mental grave, os hospitalizados e os portadores de deficiência mental e/ou auditiva registrado em prontuário. Os questionários incompletos foram descartados.

Participaram do estudo 409 sujeitos de ambos os sexos das populações quilombolas selecionadas: Alagamar (Pirambu), Anigas (Pirambu), Bongue (Ilha das Flores), Cantagalo (Capela), Caraíbas (Canhoba), Povoado Forte (Cumbe), Maloca (Aracaju), Mocambo (Aquidabã), Mussuca (Laranjeiras), Pontal da Barra (Barra dos Coqueiros), Patioba(Japaratuba), Pirangi (Capela) e Terra Dura (Capela). Depois que o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido para todos, os 409 sujeitos concordaram com este e o assinaram.

Instrumento da análise

O instrumento possui questões de âmbito social, econômico e cultural associado (modificado do IBGE) como também a escala de avaliação da saúde bucal na qualidade de vida (versão simplificada do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14⁹), com utilização do formato válido para o idioma português brasileiro¹⁰.

Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida foi utilizado a versão simplificada do *Oral Health Impact Profile*, o OHIP-14, com questões específicas dessa escala no modelo de questionário único e foram classificadas da seguinte forma: aos itens “muito freqüente” e “pouco freqüente” foi atribuído valor 1 (um), considerando existência de impacto na qualidade de vida. As respostas “ocasionalmente”, “nunca” e “quase nunca” foram consideradas como inexistência do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, recebendo o valor 0 (zero).

Análise estatística dos dados

Os dados foram analisados no *software* Stata versão 15.0. As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. O teste do qui-quadrado foi aplicado para avaliar associação entre variáveis categóricas. Variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio-padrão. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para avaliar diferenças de escores entre grupos. O critério de significância foi o valor de p bicaudal $< 0,05$.

Foram aplicados métodos para avaliar confiabilidade, consistência e validade do questionário OHIP-14 em comunidades quilombolas. Para a estimativa da confiabilidade e da consistência interna, utilizou-se o α de Cronbach, tanto para os 14 itens, quanto para as 7 dimensões. A avaliação da utilidade de cada item ou dimensão foi realizada pelo cálculo da correlação entre cada item e a totalidade dos itens restantes (“item-rest correlation”). Um valor significativamente inferior ao α global foi considerado critério para a eventual retirada do item, e repetição de testes de adequação para o novo questionário. A análise de fator de componente principal (“principal componente fator analysis”) foi utilizada para estimar a validade do OHIP-14 como um construto determinante do “impacto na saúde oral” em comunidades quilombolas.

O critério de Kaiser foi o método utilizado para selecionar fatores, ou seja, foram mantidos os fatores capazes de gerar autovalores standardizados (“eigenvalues”) maior ou igual a 1, isto é, com potencial explicativo envolvendo no mínimo uma questão. Foi estimada a proporção de variância de todos os itens do questionário, explicável por cada fator. Igualmente foi estabelecida a proporção de variância “comum” (“comunalidade”) de cada item do questionário, com referência à totalidade. Quanto maior a comunalidade, maior a participação do item na formação dos fatores.

Foram adotados dois critérios para avaliar a necessidade de retirada de variáveis com o intuito de otimizar a validade do questionário, cargas (“loadings”) inferiores a 0,40 ou comunalidades (“communalities”) inferiores a 0,50, por indicarem fraca correlação entre item e fatores determinantes do construto. Gráficos de declividade (“scree plots”) foram empregados para visualizar o ponto de inflexão, a partir do qual torna-se pouco expressiva a participação dos fatores na formação do construto (variável latente) originário da obtenção dos dados do questionário. Foi utilizado o teste de Kaiser-Meyer- Olkin para mensurar o grau de adequação da amostra para a realização da análise fatorial, levando-se em consideração o nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Com extensão de 0 a 1, valores entre 0,8 e 0,89, são considerados apropriados, e valores a partir de 0,90 são considerados excelentes.

A presente investigação teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), protocolo CAAE 45917115.5.0000.5371, seguindo os princípios éticos da resolução 196/1996, legislação em vigor durante o processo de coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 409 sujeitos das comunidades quilombolas selecionadas: 287 (70,2%) do sexo feminino e 122 (29,8%) do sexo masculino, média de idade de 38 anos e desvio padrão (DP) de 0,98, com maioria de 266 (65%) com renda de até 1 salário mínimo e nível de escolaridade até ensino fundamental308 (76,7%).

Observa-se que as questões 3, 4, 5 e 6 foram as que apresentaram escores com maiores valores médios. Por representarem a segunda e terceira dimensão, (respectivamente), os valores médios dos escores para essas dimensões foram igualmente superiores aos das demais dimensões (Tabela 1).

Tabela 1. Médias e desvio-padrão dos escores das questões respondidas (OHIP-14), comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Variação		Média	DP	N
Tabela 2. Análise da Confiabilidade e Consistência Interna das 7 dimensões e dos 14 itens do QHPL-14, Comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017				
Variação	n	Correlação item-demais	Alpha	N
Dimensão 1 - Limitação Funcional	401	0,61	0,91	401
Dificuldade de pronúncia e de fala		1,85	1,41	398
Alteração no paladar		0,53	1,44	397
Dimensão 2 - Dor Física	397	0,61	1,59	394
Presença de dor	397	0,74	1,59	393
Dificuldade para comer	397	0,68	1,47	397
Dimensão 3 - Desconforto Psicológico	394	0,70	1,64	397
Presença de desconforto	393	0,76	1,56	396
Dificuldade para comer	397	0,71	1,29	397
Dimensão 4 - Limitação Física	397	0,72	1,42	396
Dor insatisfatória	396	0,79	1,34	397
Interrupção de refeições	397	0,77	1,27	395
Dimensão 5 - Limitação Psicológica	396	0,73	1,37	395
Dificuldade de relaxar	397	0,79	1,47	395
Sentimento de embaraço	395	0,73	1,13	397
Dimensão 6 - Limitação Social	395	0,71	1,23	397
Então	395	1,57	1,26	396
Dificuldade de realizar trabalhos diários		1,55	1,11	396
Dimensão 7 - Incapacidade		1,63	1,30	396
Vida menos satisfatória		1,48	1,14	396
Incapacidade de realizar obrigações				
Total		1,85	1,05	401

A confiabilidade do questionário, assim como sua consistência interna, foi avaliada mediante a estimativa do alpha de Cronbach e a correlação de cada item com os itens restantes, respectivamente. Esses parâmetros foram estimados para os 14 itens do questionário, assim com também para as 7 dimensões (Tabela 2).

Dimensão 6 - Limitação Social	397	0,73	0,90
Irritação	397	0,66	0,93
Dificuldade de realizar trabalhos diários	396	0,70	0,93
Dimensão 7 – Incapacidade	396	0,75	0,90
Vida menos satisfatória	396	0,72	0,93
Incapacidade de realizar obrigações	396	0,67	0,93
Alpha global			0,91

O

valor global do alpha de Cronbach foi considerado satisfatório em termos de confiabilidade dos escores, tendo sido superior a 0,90. Igualmente, a avaliação da consistência interna indicou apropriada correlação entre os itens. Por fim, a estimativa do alpha de Cronbach, após eventual retirada de um item ou dimensão, não apresentou significativa melhora do modelo, indicando que o conjunto de 14 escores ou 7 dimensões resultou estatisticamente confiável quando aplicado nas comunidades quilombolas (Tabela 2).

Na análise fatorial de componentes principais, dois fatores alcançaram autovalores > 1 (Figura 1). O fator 1 representou 55% da variabilidade das questões, enquanto que o fator 2 representou apenas 7,5%. As cargas de todas as variáveis do questionário foram satisfatórias para o Fator 1.

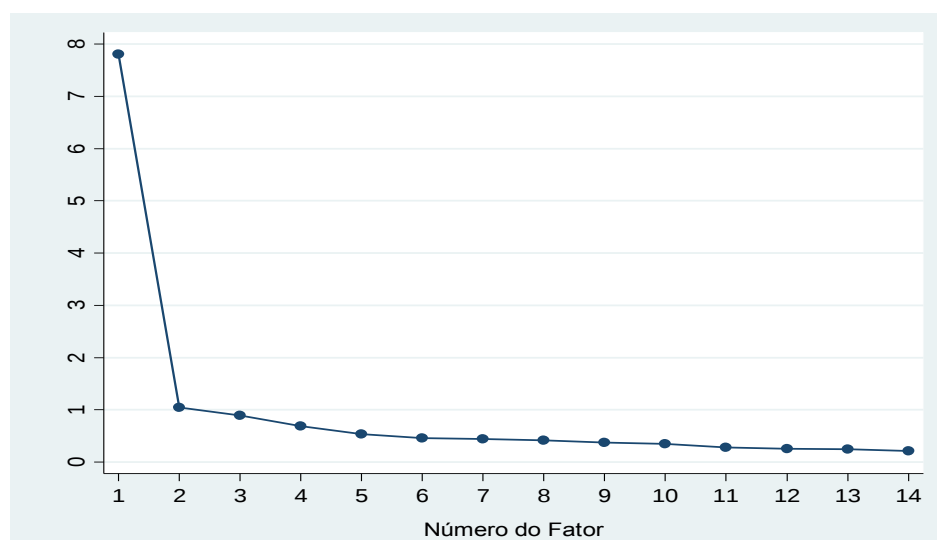


Figura 1. Gráfico de declividade para a análise de fatores do OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Apenas as duas primeiras variáveis (dimensão “limitação funcional”, que trata de dificuldade de pronúncia ou restrição do paladar) obtiveram cargas expressivas para o Fator 2, mas também retiveram carga de razoável magnitude para o fator 1 (0,57 e 0,65, respectivamente). As comunalidades para ambos os fatores permaneceram superiores a 0,5 (Tabela 3).

Tabela 3. Análise fatorial dos itens do OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Variável	Fator 1	Fator 2	Comunalidade
----------	---------	---------	--------------

Dificuldade de pronúncia e de fala	0,57	0,44	0,53
Alteração no paladar	0,65	0,41	0,61
Presença de dor	0,73	0,20	0,59
Dificuldade para comer	0,75	0,30	0,76
Inibição	0,75	0,17	0,60
Tensão	0,77	0,05	0,61
Dieta insatisfatória	0,81	0,17	0,70
Interrupção de refeições	0,77	-0,04	0,61
Dificuldade de relaxar	0,78	-0,27	0,70
Embaraçado	0,77	-0,02	0,60
Irritação	0,73	-0,33	0,66
Dificuldade de realizar trabalhos diários	0,76	-0,35	0,71
Vida menos satisfatória	0,77	-0,24	0,67
Incapacidade de realizar obrigações	0,73	-0,31	0,65

A distribuição de cargas se concentra no fator 1, e apenas duas questões (1 e 2) produziram cargas de magnitude ($>0,40$) para o fator 2, conforme se observa na figura 2.

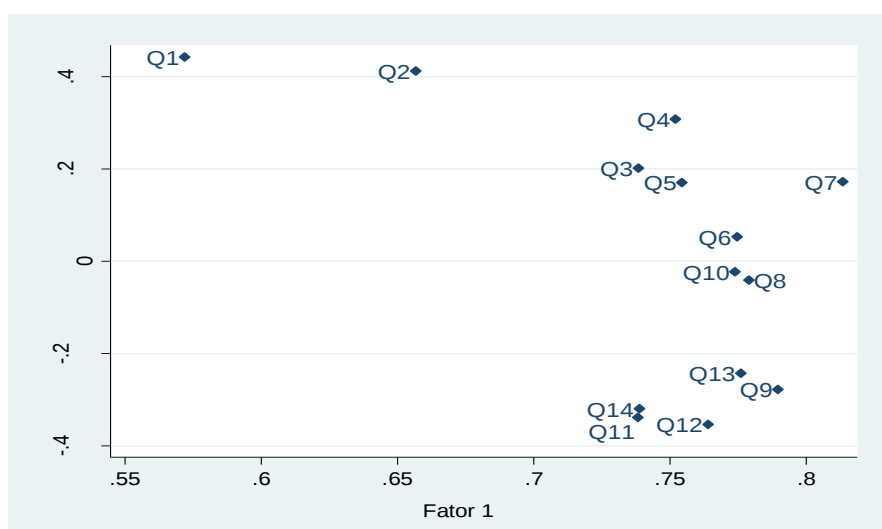


Figura 2. Disposição das cargas dos dois fatores principais do instrumento OHIP-14, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (valor global = 0,94) indicou excelente adequação entre a amostra e o modelo de análise de componentes principais.

No presente estudo a consistência interna estimada por dimensão entre entrevistas pelo coeficiente de Cronbach foi superior a 0,9, o que é considerado consistente. Os valores foram superiores aos obtidos no estudo realizado por Slade, Spencer (1994)⁴ e Slade *et al.* (1996)⁹, que demonstraram que esses coeficientes eram semelhantes aos da versão em português com adaptação cultural¹⁰ que alcançou consistência interna, medida pelo coeficiente de correlação (0,87) e pelo alpha de Cronbach (0,91).

DISCUSSÃO

A epidemiologia tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para uma maior compreensão das necessidades dos pacientes a fim de refinar os diagnósticos e decidir o melhor tipo de tratamento, levando em consideração os aspectos sociopsíquicos. Os dados de autopercepção são importantes, pois é possível verificar quando existe a necessidade de mudança de comportamento, a qual só ocorre quando há motivação, ou seja, quando o paciente tem a consciência de sua própria condição, e, assim, possa desenvolver o interesse em cuidar de sua saúde, e este se transforme em bem-estar e aumento da QV¹¹.

Estudo realizado em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, sobre a autopercepção de saúde apresentou correlatos semelhantes aos de outras populações, sendo aparência e mastigação fatores de grande valor no estabelecimento da ideia ampla de saúde bucal na população estudada¹². Do mesmo modo, pesquisa realizada com adultos residentes em áreas de assentamento rural do nordeste brasileiro, localizadas no estado de Pernambuco, evidenciou uma autopercepção negativa e um impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida dessas pessoas associado ao número de dentes perdidos¹³.

A derivação brasileira do OHIP-14 foi publicada por Oliveira e Nadanovsky em 2005¹⁰. Os autores realizaram uma avaliação das propriedades de medição da versão brasileira da forma curta do Perfil de Impacto na Saúde Bucal (OHIP14), concluindo que a versão brasileira do questionário apresentava boas propriedades psicométricas, similarmente à versão original em inglês, e que, dessa forma, se qualificava como válido para o idioma português brasileiro¹⁰.

O instrumento OHIP vem sendo utilizado por vários autores em populações e grupos específicos, como idosos¹⁴, adolescentes¹⁵, servidores públicos¹⁶, adolescentes grávidas¹⁷. Por outro lado, pesquisas sobre a saúde bucal em comunidades quilombolas do Brasil ainda são escassas^{18,19} e não contemplaram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

É, portanto, relevante verificar a confiabilidade e consistência do OHIP-14 que já é encontrado em diversas versões validadas em diversos países europeus, asiáticos, africanos e sul-americanos em que o alpha de Cronbach variou entre 0,77 a 0,99^{20, 21, 22, 6, 23, 24, 25}.

Nesse estudo, a análise de componentes principais do instrumento OHIP-14 apresentou confiabilidade, consistência e validade, quando aplicado em comunidades quilombolas. Das sete dimensões, a primeira dimensão (limitação funcional, capaz de alterar voz ou paladar), representada pelo fator 2, reflete uma variável latente diversa. As demais dimensões foram representadas pelo fator 1, as quais representam uma mescla de aspectos

físicos gerais (dor, restrição dietética) e psicológicos (ansiedade, inibição, estado irritável e insatisfação com restrições de atividades cotidianas e de integração social). Por outro lado, o fator 1, mesmo isoladamente, encampou a primeira dimensão de maneira representativa, apresentando cargas de elevada magnitude (em torno 0,70), e, mais ainda, as demais dimensões, com cargas superiores a 0,80. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (valor global = 0,94) indicou excelente adequação entre a amostra e o modelo de análise de componentes principais.

Os resultados apontaram que as médias das dimensões de dor física e desconforto psicológico foram as maiores médias, corroborando com outros estudos^{26, 27, 28} que estimaram a prevalência do impacto das condições de saúde bucal nas suas dimensões física e psicossocial entre adolescentes, bem como identificou os fatores associados à gravidade do impacto, concluindo que o impacto das condições de saúde bucal nas dimensões física e psicossocial dos adolescentes foi referido por um sexto da população em estudo. As dimensões desconforto psicológico e dor física foram as que apresentaram maiores prevalências de impacto.

Confirma esse achado, o estudo¹⁷ realizado com objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas, utilizando o OHIP-14. A pesquisa encontrou alto índice de cárie dentária e doença periodontal e constatou que a maioria dos sujeitos relatou impacto na qualidade de vida em decorrência dos problemas bucais. O estudo concluiu que a presença de “dor física” teve maior representatividade em repercussões negativas na vida dessas adolescentes.

Outro estudo¹⁵ com 5.445 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade avaliou o impacto da renda e escolaridade na QV. Comprovou-se que quanto menor a renda e a escolaridade, maiores as chances de os adolescentes relatarem problemas dentários, de mastigação, além de alterações psicossociais na vida diária, comparando-os a adolescentes com maior renda, mesmo considerando a presença de agravos bucais. A qualidade de vida, segundo o autor, foi afetada mais no domínio físico, representado por dificuldades para comer e escovar os dentes, além da irritação e vergonha parar sorrir. A maioria dos agravos bucais estiveram naquele estudo associados ao maior impacto negativo na qualidade de vida dos adolescentes.

Essas dimensões que remetem às questões de dor física e dificuldades para comer podem estar relacionadas à evolução das doenças bucais e à perda dentária, que gera dor e dificuldade para comer^{13, 29}. Outra questão evidente é a tensão e a inibição que se referem ao impacto psicológico, já descrito em outros estudos brasileiros e no exterior com diferentes populações^{15, 30}.

Ratificando esses resultados, o estudo¹⁶ do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de 325 trabalhadores de uma universidade pública por meio do OHIP-

14, na sua versão reduzida, concluiu que as dimensões com impacto mais frequente foram dor física e desconforto psicológico. O estudo sugeriu ainda ações e programas voltados para aqueles com maiores impactos psicossociais produzidos pelos problemas bucais.

Esses resultados tornam-se importantes, pois podem evidenciar os aspectos que mais impactam na qualidade de vida dos sujeitos e, assim, orientar os gestores públicos durante a elaboração das políticas públicas específicas para as comunidades quilombolas.

Em conclusão, o OHIP-14 demonstrou satisfatória confiabilidade, concordância interna e validade em comunidades quilombolas. Na análise fatorial de componentes principais, apenas um fator foi suficiente para refletir a maior parte da variabilidade das questões, algo que sugere adequada propriedade do questionário, quando aplicado em comunidades quilombolas sendo benéfica para o planejamento de ações voltadas para essas comunidades com enfoque na educação em saúde e priorizando serviços que impactam na qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Prosthetics needs of the Quilombola Population of Santo Antonio Guaporé, Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci.* 2011; 14:(1-2):62-6. DOI: 10.1590/1980-5497201700010008.
2. Gomes KO, Reis EA, Guimaraes MD, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2013; 29(9):1829-42. DOI: 10.1590/0102-311X00151412.
3. Lindoso D. A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. Maceió: EDUFAL; 2011. DOI: 10.1590/1980-5497201500020017.
4. Slade GD, Spencer AJ. Desenvolvimento e avaliação do perfil de impacto na saúde bucal. *Community Dent Health.* 1994; 11 (1): 3-11. DOI: 10.1590/S0103-73312010000100015.
5. Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do "oral health impact profile" (OHIP-49). *Braz. oral res.* [online]. 2006; 20(3):263-8. ISSN 1807-3107. DOI: 10.1590/S1806-83242006000300015.
6. León S, Bravo-Cavicholi D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP- 14sp) in elderly Chileans. *BioMed Central Oral Health.* 2014; 14: 95. DOI: 10.1186/1472-6831-14-95.
7. Manzi-Oliveira AB, Balarini FB, Marques LAS, Pasian SR. Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF* [online]. 2011; 16(3):367-81. ISSN 2175-3563. DOI: 10.1590/S1413-82712011000300013.

8. Barbetta, PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.
9. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss KP, Beck JD. Variações no impacto social das condições bucais entre idosos na Austrália do Sul, Ontário e Carolina do Norte. *J Dent Res.* 1996; 75 (7): 1439-50. [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600009).
10. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4):307-314. DOI: [10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x).
11. Johansson G, Östberg AL. Oral health-related quality of life in Swedish young adults. *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* 2015. DOI: [10.3402/qhw.v10.27125](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27125).
12. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairos FS, et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2017; 20(1):91-101. ISSN 1415-790X. DOI: 10.1590/1980-5497201700010008.
13. 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. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(2):581-90. DOI: 10.1590/1413-81232014192.20752012
14. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7): 3317-29. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800031.
15. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côstes MIS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(3):19-28. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004361.
16. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, Paula MVQ. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 ; 19(12)]: 4777-86. DOI: [10.1186/1472-6831-14-106](https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106).
17. Lima DP, Moimaz SAS, Garbin CAS, Sundefeld MLMM, Saliba TA. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas. *Arch Health Invest.* 2016; 5(6): 318-24.

18. Bruno IA, MELO CM, ROSA JAA, OLIVEIRA CCC. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. *Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente*. Aracaju, 2013; 1(): 33-39.
19. Meneses RCT, Zeni PF, Oliveira CCC, Melo CM. Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):132-39. DOI: 10.5935/1414-8145.20150018.
20. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*. 2013; 55 (2), 123-32. DOI: 10.1186/1472-6831-14-95
21. Slusanschi O, Moraru R, Garneata L, Mircescu G, Cuculescu M, Preoteasa E. Validation of the Romanian version of the short form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2013; 11 (3), 235-42. DOI: 10.3290/j.ohpd.a30166.
22. Lawal FB, Taiwo JO, Arowojolu MO. How valid are the psychometric properties of the oral health impact profile-14 measure in adult dental patients in Ibadan, Nigeria? *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2014; 24 (3), 235-42. DOI: [10.1177/0022034514533798](https://doi.org/10.1177/0022034514533798).
23. Skośkiewicz-Malinowska K, Kaczmarek U, Ziętek M, Malicka B. Validation of the Polish version of the oral health impact profile-14. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2015; 24 (1): 129-37. DOI: 10.17219/acem/35476.
24. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez AS. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*. 2012; 29 (2), 155-158. DOI: [10.1111/j.1741-2358.2012.00613.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00613.x).
25. Hongxing L, List T, Nilsson IM, Johansson A, Astrom NA. Validity and reliability of OIDP and OHIP-14: a survey of Chinese high school students. *BioMed Central Oral Health*. 2014; 14: 158. DOI: 10.1186/1472- 6831-14-158
26. Silveira, MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBLima, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(6):1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00072013>

27. Barros AM, Martins EBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3461-78. DOI: 10.1590/1413-81232014198.16202013
28. Miotto MHMB, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3931-40. DOI: 10.1590/1413-81232014199.12912013.
29. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, Carreiro AFP, Lima KC. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11):3339-46. DOI: 10.1590/1413-812320152111.08802015.
30. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2012; 28(6):1101-10. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006311.

- I- Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.
- II- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.
- III- Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.
- IV- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.
- V- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.

SEVERIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS, SERGIPE

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as relações entre severidade da cárie dentária, doenças crônicas não transmissíveis e aspectos sociodemográficos e econômicos. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal, de natureza quantitativa, em amostra de 179 sujeitos de ambos os sexos de 4 comunidades quilombolas em Sergipe, Brasil, no período de março 2016 a junho de 2017. Foi realizado levantamento epidemiológico com uso de instrumento quantitativo para levantamento de doenças crônicas, cárie dentária e variáveis socioeconômicas, além de utilização de ficha clínica odontológica. **RESULTADOS:** O CPO-D da população estudada obteve média 9,54. De maneira geral, o componente que apresentou maior percentual foi o extraído e o menor foi de dentes restaurados. A faixa etária menor de 15 anos (31,43%) apresentou o menor valor médio CPO-D (3,26); a faixa etária maior de 60 anos alcançou a maior média de CPO-D 24,56. Maiores médias de CPO-D estiveram significativamente associadas ao sexo feminino, à cor autorreferida preta, à faixa etária de 60 anos, renda de

até um salário mínimo e ao nível de escolaridade não alfabetizados, bem como ao diagnóstico de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite ou reumatismo, doenças cardíacas e depressão ($p < 0.05$). **CONCLUSÃO:** Houve associação de maiores índices médios de cárie dentária na presença da maioria das doenças crônicas pesquisadas nos menores níveis socioeconômicos. Medidas de prevenção e controle específicas devem ser planejadas para redução dos principais fatores relacionados às doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária nas comunidades quilombolas de Sergipe.

Palavras-chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Grupo com ancestrais do continente africano; Saúde bucal; Inquéritos epidemiológicos; Índice CPO.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the relationship of non-communicable chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus, elevated cholesterol, heart disease, chronic spinal pain, work-related osteomuscular disorder (DORT), depression, chronic obstructive pulmonary disease, chronic renal failure) and to dental caries index, CPO-D. **METHODS:** A study of cross-sectional in a quantitative nature with a sample of 179 subjects from both sexes from 4 quilombola communities in Sergipe, Brazil, from March 2016 to June 2017. An epidemiological survey was carried out using a quantitative instrument to collect data about chronic diseases, dental caries and socioeconomic variables, including the use of dental records. **RESULTS:** The CPO-D of the studied population obtained an average of 9.54. In general, the component that presented the highest percentage was the extracted and the smaller one was of restored teeth. The age group under 15 years old (31.30%) had the lowest CPO-D value (3.26); the age group greater than 60 years reached the highest CPO-D 24.56. Higher average CPO-D were significantly associated with female, self-reported black color, age 60, income up to a minimum wage and non-literate level of education, in addition, the diagnosis of hypertension, hypercholesterolemia, arthritis or rheumatism, cardiovascular disease and depression ($p < 0.05$). **CONCLUSION:** There was an association of higher average dental caries indexes in a presence of the most chronic diseases studied in lower socioeconomic levels. Prevention measures and specific control should be planned to reduce the main factors related to chronic noncommunicable diseases and dental caries in the Sergipe's quilombola communities

Keywords: Chronic Noncommunicable Diseases; Group with ancestors from the African continent; Oral health; Epidemiological surveys; CPO index.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças não transmissíveis, os transtornos mentais, a AIDS e a tuberculose representaram em conjunto 54% de todas as doenças em todo o mundo em 2001 e ultrapassarão 65% em 2020, afetando em maior magnitude os pobres. A existência de uma relação de interdependência entre pobreza econômica e doença crônica pode ser pelo fato de que ser saudável tem um custo financeiro com alimentos, cuidados de saúde e saneamento básico. Desse modo, os mais desfavorecidos economicamente são afetados em maior número e com mais severidade (OMS, 2003).

Em 2015, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) foram responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo com números regionais variando de 37% em países de baixa renda para 88% em países de alta renda. O aumento das DCNT se deve em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco: tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis (WHO, 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, estimou que, no Brasil, 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas. As mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%). Em relação a diagnóstico de hipertensão arterial, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram esse diagnóstico foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2013).

A PNS apontou que o consumo excessivo do sal está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais, entre outras. A Pesquisa Nacional de Saúde analisou ainda a percepção da ingestão de sal por parte das pessoas, e concluiu que o consumo do sal era alto ou muito alto entre 14,2% delas. O percentual de mulheres (12,5%) que consideraram seu consumo alto ou muito alto foi menor do que entre os homens (16,1%) (BRASIL, 2013).

Schwab et al. (2014) demonstraram que a OMS tem trabalhado no combate às doenças crônicas em nível mundial, por meio de diversas políticas de saúde que trouxeram muitos benefícios a milhões de pessoas. No entanto, o papel da saúde bucal vem sendo negligenciado como partícipe em políticas de saúde destinadas a combater as doenças

crônicas, particularmente as doenças cardiovasculares e diabetes, que são as que mais ganham atenção nos programas de saúde. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus apresentam alta prevalência e mortalidade, e entre os fatores associados a essas doenças encontra-se a doença periodontal que está relacionada à presença e evolução do diabetes e das doenças cardiovasculares (LOPES, CABRERA, 2010). Nesse mesmo contexto, Kim et al. (2010) evidenciaram que o edentulismo, índice periodontal e índice de sangramento papilar estavam significativamente relacionados à duração do diabetes.

Uma extensa revisão de literatura sobre a carga global das principais doenças bucais e seus vínculos com doenças sistêmicas incluindo doenças não transmissíveis (DNT), foi realizado por Jin et al. (2016), apontando que as doenças bucais têm impactos socioeconômicos significativos, mas são frequentemente negligenciadas na política de saúde pública, apontando que doenças orais e doenças não transmissíveis estão interligadas e compartilham fatores de risco comuns (excesso de consumo de açúcar e uso do tabaco) e infecção subjacente /vias inflamatórias. Da mesma forma, Ruospo et al. (2014) observaram que existe associação entre doença crônica renal e as condições de saúde bucal. Dentro desse contexto, Nasseh et al. (2014) concluíram que profissionais de saúde bucal podem exercer um papel importante na detecção de doenças crônicas na população dos EUA e que a prevenção e as atividades de monitoramento a longo prazo poderiam se traduzir em economia de recursos públicos e em maiores benefícios para a saúde.

Vários estudos têm apontado que existe associação entre piores índices de saúde bucal e o de doenças crônicas não transmissíveis em grupos que se encontram em estado de vulnerabilidade, seja por etnia ou por desfavorecimento socioeconômico (SILVA, MACHADO, FERREIRA, 2015; ALVES FILHO, SANTOS, VETTORE, 2013; SANTOS, PAES, 2014). Os resultados do estudo de Guiotoku et al. (2012) evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos.

Apesar dos avanços obtidos na qualidade de vida neste século, a população quilombola ainda é considerada um grupo que vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de saúde. A população com ascendência negra, com os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) sofre com a saúde de maneira geral, inclusive com doenças genéticas, a exemplo da anemia falciforme, já identificada nas comunidades quilombolas de Sergipe (DE ASSIS, 2015; MENESES et al., 2015). As doenças crônicas não transmissíveis podem estar presentes nas comunidades quilombolas em Sergipe, devido à entrada de produtos industrializados nesses territórios e à adoção de modos de vida

contemporâneos (FIGUEIREDO et al., 2011, SOUZA et al., 2013, CARVALHO; OLIVEIRA, SILVA, 2014).

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de analisar a relação entre doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, colesterol elevado, doenças cardíacas, dor crônica na coluna vertebral, Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), depressão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), câncer, insuficiência renal crônica) e os índices médios de cárie dental, bem como seus componentes, cariados, perdidos e obturados.

MÉTODOS

Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo transversal multimétodo com abordagem quantitativa no período de março de 2016 a setembro de 2017 com entrevistas e levantamento epidemiológico da cárie dentária através de exames clínicos.

População de estudo

A população do estudo foi composta pelas comunidades quilombolas dos seguintes povoados dos municípios de Sergipe: Maloca (Aracaju), Pontal da Barra (Pirambu), Patioba (Japaratuba) e Mussuca (Laranjeiras). Sergipe possui 75 municípios, dentre eles 27 possuem comunidades remanescentes de quilombos. Até 07/03/2016 haviam sido certificadas em Sergipe 29 comunidades quilombolas.

Amostra

A amostra foi estratificada por comunidades quilombolas a partir de dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe (INCRA) sobre o número de famílias cadastradas em cada comunidade (Quadro 1). O cálculo da amostra segue descrito na Equação (1), do tipo aleatória. Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, tendo como parâmetros erro amostral de 0,05. A amostra calculada mínima foi de 284 famílias e foram acrescidos 5%.

Quadro 1. Cálculo do tamanho amostral por comunidade quilombola, 2016.

Comunidade Quilombola	Famílias Cadastradas		Amostra
	nº	%	n
Maloca	91	9	25

Pontal da Barra	143	14,6	43
Patioba	191	19.6	57
Mussuca	548	56,3	159
Total	973	100,0	284

Crêterios de inclusão

Foram incluídos no estudo um indivíduo de 12 anos de cada família, indivíduos de 15 a 19 anos, e todos os adultos a partir de 20 anos; de ambos os g neros, das populações quilombolas selecionadas por conveniência entre os anos 2016 e 2017 nos municípios referidos entre a população do estudo. As comunidades quilombolas sergipanas selecionadas foram Mussuca, em Laranjeiras; Patioba, em Japaratuba; Pontal da Barra, em Pirambu e Maloca, em Aracaju.

Crêterios exclusão

Foram excluídos os hospitalizados e os portadores de alguma deficiência incapacitante.

Procedimentos da pesquisa

Foi realizado levantamento epidemiológico por meio de exame clínico bucal para investigar as condições de cárie dentária na dentição permanente, por meio do  ndice de CPO-D (Número de dentes cariados, perdidos e restaurados). Utilizou-se uma ficha clínica individual dos participantes como instrumento para coleta dos dados. Nos exames clínicos odontológicos foram discutidos os cr terios de diagnóstico e a metodologia do levantamento por equipe devidamente calibrada, utilizando-se de ferramentas preconizadas pela OMS (1999): espátula (para auxílio de visualização do palato mole, unidades dentárias, funcionalidade lingual), luvas (para inspeção intraoral). Os cr terios de diagnóstico foram aqueles do Projeto SB-2010 (Brasil, 2009).

O exame bucal foi realizado em local amplo e com iluminação natural, com o indivíduo sentado e com a cabeça apoiada para tr s, ficando o examinador posicionado em p , em frente ao voluntário da pesquisa. Foram utilizados materiais esterilizados compostos por espelhos bucais planos, pinças clínicas, além de espátulas de madeira e de uma lanterna média.

Análise dos Dados

A análise estatística foi realizada por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, prevalência das doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelos sujeitos da amostra e cálculo das médias dos componentes e médias do índice de cárie dentária, CPO-D. Posteriormente, seguiu-se a análise de comparação dessas médias (CPO-D) com os aspectos sociodemográficos e econômicos e doenças crônicas não transmissíveis, por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com nível de significância de 5%. Foi realizado teste de correlação de Spearman para verificar se existia correlação entre a média de CPO-D e seus componentes em relação à idade.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer nº 1.685.357, que versa sobre perfil epidemiológico das doenças e agravos nas comunidades quilombolas sergipanas e do parecer nº 2.093545, que aborda os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais e impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas. A pesquisa segue os princípios éticos da resolução 466/12.

RESULTADO

Participaram deste estudo 179 indivíduos, 61(34,1%) do sexo masculino e 118 (76.9%) do sexo feminino, com maioria de 91 (53,85%) que se autodeclararam pretos, seguidos dos pardos 67(39,64%).

O CPO-D da população estudada obteve média 9,54 (Tabela 1). A média do CPO-D é significativamente maior para o sexo feminino ($p=0,005$). O componente que apresentou maior média foi o extraído (5,17), seguido do componente cariado (3,08), Tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva dos componentes C, P e O e do índice CPO-D de Cárie Dentária. Sergipe, 2016-2017

Componentes e índice	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Componente Cariado	179	0	20	3,08	3,51
Componente Perdido	179	0	28	5,17	8,00
Componente Obturado	179	0	14	1,51	2,63
índice CPO-d	179	0	32	9,54	8,72

A população total analisada, majoritariamente, se autodeclarou preta (53,85%), seguida da população parda (39,64%). A participação na pesquisa foi predominantemente

feminina (65,9%), apresentando como grau de escolaridade o ensino fundamental completo (59,2%), seguido do ensino médio completo (19%) (Tabela 2).

A média do índice CPO-D esteve correlacionado diretamente com a idade ($r = 0,72$; $p < 0,0001$). (Figura 3)

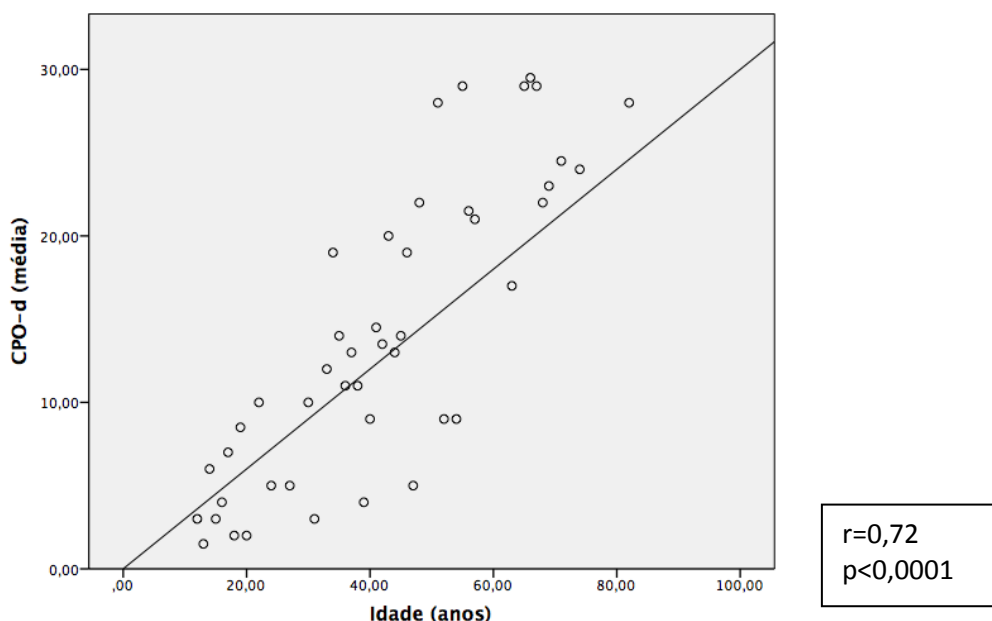


Figura 3- Correlação da média do índice CPO-D com a idade dos indivíduos; comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Quando analisado o CPO-d, verifica-se que a faixa etária com maior índice foi a de mais de 60 anos (24,56) seguida da faixa de 30 a 59 anos (14,5). O componente P (perdido/extraído) foi o que mais contribuiu para a elevação do índice (Tabela 2).

A faixa etária de menos de 15 anos apresentou o menor valor de CPO-D (3,26) seguida da faixa etária de 15 a 19 anos que apresentou maior predominância do componente cariado. Nas faixas etárias de 15 a 59 anos e de maiores de 60 anos houve maior prevalência do componente perdido (Tabela 2).

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se que 12,5 % se declararam analfabetos, 59,2 % tendo cursado o ensino fundamental, 19% o ensino médio e 2,2% cursaram o ensino superior (Tabela 2).

A renda familiar apresentada, em sua grande maioria, foi de até um salário mínimo (72,79%) com CPO-D de 11,88, seguido dos que declararam não possuir renda (16,18%),

CPO-D=9,19 e dos que possuem renda de mais de 2 salários mínimos (11,03%) que apresentaram o menor CPO-D (6,2) (Tabela 2). As diferenças foram detectadas após o teste *Post hoc* entre a faixa que ganha até um salário e a faixa de mais de 2 salários mínimos.

Os índices de CPO-D foram significativamente mais elevados em quilombolas com hipertensão arterial ($p<0,001$), hipercolesterolemia ($p<0,002$), artrite/reumatismo ($p<0,001$), doenças cardíacas ($p<0,052$) e depressão ($p<0,029$), tabela 3.

Analisando os índices de maneira individualizada, pôde-se perceber que o único indicador que apresentou aumento significativo foi o de dentes perdidos (Tabela 3) não havendo diferenças quanto aos dentes cariados e restaurados.

Quando se analisou o CPO-D da população que relatou diagnóstico médico de diabetes, percebeu-se que o índice médio de CPO-D não apresentou diferença significativa quanto àqueles que não relataram possuir Diabetes ($p= 0,141$) (Tabela 3).

Foi observada uma prevalência de 7,09% do Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) com índice CPO-D de 14,33 e de 9,91 nos sujeitos que relataram não possuir DORT (Tabela 3).

A maioria dos participantes não apresentava dor na coluna (77,20%). Entretanto, aproximadamente um quarto dos indivíduos (22,8%) que relataram dor crônica na coluna vertebral apresentava média de CPO-D de 15,05, considerada alta prevalência de cárie dentária (Tabela 3).

A maioria das pessoas pesquisadas não relatou diagnóstico anterior de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (98,73%), bem como insuficiência renal crônica (99,50) e não houve relato de câncer nas comunidades quilombolas pesquisadas (Tabela 3), não sendo possível realizar testes comparativos com a média de cárie dentária.

Tabela 2- Comparação de médias dos componentes e do índice de cárie dentária de acordo com as variáveis sócio-demográficas e econômicas, comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Variável	n (%)	Média (DP) Componente C	p-valor	Média (DP) Componente P	p-valor	Média (DP) Componente O	p-valor	Média (DP) Componente CPO-D	p-valor
Sexo*									
Masculino	61 (34,10)	2,45(3,40)	0,045	3,85 (7,08)	0,044	0,98 (2,37)	0,095	7,41 (1,02)	0,005
Feminino	118 (65,90)	3,39 (3,52)		5,84 (8,37)		1,77 (2,72)		10,71 (0,82)	
Idade									
< 15 anos	56 (31,30)	2,46 (2,50)	0,600	0,48 (1,15)	<0,001	0,46 (1,04)	<0,001	3,26 (3,31)	<0,001
15-29 anos	49 (27,40)	3,24 (3,89)		0,91 (2,00)		1,77 (2,55)		5,93 (5,50)	
30-59 anos	58 (32,40)	2,53 (3,67)		8,63 (7,27)		2,68 (3,44)		14,50 (7,12)	
> 60 anos	16 (8,90)	3,06 (4,55)		22,00 (7,11)		0,06 (0,25)		24,56 (6,86)	
Cor**									
Branca	6 (3,55)	1,00 (1,54)	0,087	0,00 (0,00)	0,02	0,33 (0,81)	0,128	1,33 (2,33)	0,007
Parda	67 (39,64)	2,35 (2,55)		5,52 (8,61)		1,47 (2,78)		9,16 (8,90)	
Preta	91 (53,85)	3,73 (4,16)		5,94 (8,25)		1,72 (2,73)		11,10 (8,99)	
Amarela	5 (2,96)	2,20 (2,86)		3,60 (8,04)		0,00 (0,00)		5,80 (8,42)	
Renda**									
Sem renda	22 (16,18)	2,47 (2,01)	0,363	4,38 (6,07)	0,05	2,57 (2,92)	0,010	9,19 (6,75)	0,105
Até 1 salário mínimo	99 (72,79)	3,55 (4,17)		7,32 (9,18)		1,26 (2,49)		11,88 (9,52)	
Maior que 2 salários mínimos	15 (11,03)	2,00 (2,64)		1,46 (2,13)		2,73 (3,61)		6,20 (4,70)	
Grau de escolaridade**									
Não alfabetizado	23 (12,5)	3,95 (4,87)	0,600	14,43 (11,93)	0,047	0,69 (2,93)	<0,001	18,69 (10,95)	0,009
Fundamental	109 (59,2)	2,93 (3,20)		3,27 (6,24)		1,06 (1,94)		7,05 (7,55)	
Médio	35 (19,0)	2,77 (3,27)		4,14 (5,42)		3,08 (3,32)		9,97 (6,78)	
Superior	4 (2,2)	1,25 (0,95)		2,75 (2,62)		6,00 (2,94)		10,00 (1,63)	

*Mann-Whitney**Teste Kruskal-Wallis

Os resultados dos testes Pos-hoc Turkey apontaram que não houve relação significativa no componenteariado (C)entre as variáveis deste componente.

Em relação ao componente perdido (P) houve diferenças significativas da faixa etária “<15 anos” em relação à faixa de “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “15-29 anos” em relação a 30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “30-59 anos” em relação a “>60 anos” (<0,001). Também foram significativas as diferenças da cor “branca” em relação à “parda” (<0,001) e à “preta” (<0,001), e a da “não alfabetização” em relação a “fundamental” (<0,001), a “médio” (<0,001) e a “superior” (0,003). Quanto ao componente obturado (O), houve diferenças significativas entre a faixa etária “<15 anos” em relação a “15-29 anos” (0,007) e “30-59 anos” (<0,001); “15-29 anos em relação a “30-59 anos” (0,016); “30-59 anos” em relação a “>60 anos” (<0,001). Também foi significativa a diferença do “sem renda” em relação a “até 1 salário mínimo” (0,047), e a diferença da “não alfabetização” em relação a “médio” (<0,001) e a “superior” (<0,001); “fundamental” em relação a “médio” (<0,001) e a “superior” (<0,001).

No tocante ao índice CPO-D as diferenças foram significativas quando se compararam as faixas etárias “<15 anos” em relação a “15-29 anos” (0,013), “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001); “15-29 anos em relação a “30-59 anos” (<0,001) e “>60 anos” (<0,001). Além disso, houve diferença da cor “branca” em relação à “parda” (0,039) e à “preta” (0,009); e da variável “não alfabetização” em relação a “fundamental” (<0,001), a “médio” (<0,001) e a “superior” (0,043).

Tabela 3 – Prevalências de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Componentes C, P, O, índice CPO-D de acordo com a ocorrência de DCNT, Sergipe, 2016-2017									
Variável	n (%)	Média (DP)	p-valor*	Média (DP)	p-valor*	Média (DP)	p-valor*	Média (DP)	p-valor*
		Componente C		Componente P		Componente O		Componente CPO-D	
Hipertensão arterial									
Sim	40 (23,26)	2,62 (2,46)	0,775	10,83 (10,53)	<0,001	1,59 (2,46)	0,437	15,05 (9,76)	<0,001
Não	132 (76,74)	3,23 (3,79)		3,90 (6,69)		1,49 (2,74)		8,33 (8,03)	
Diabetes									
Sim	47 (27,49)	2,70 (2,91)	0,478	5,19 (9,21)	0,158	1,61 (2,68)	0,768	8,89 (9,80)	0,141
Não	124 (72,51)	3,30 (3,79)		5,20 (7,43)		1,55 (2,71)		9,99 (8,29)	
Colesterol alto									
Sim	24 (14,37)	2,78 (3,94)	0,373	11,86 (10,43)	<0,001	1,52 (2,35)	0,841	16,17 (10,43)	0,002
Não	143 (85,63)	3,21 (3,45)		4,42 (7,25)		1,63 (2,76)		9,00 (7,94)	
Artrite ou reumatismo									
Sim	9 (5,39)	2,33 (2,39)	0,617	19,88 (9,15)	<0,001	1,11 (2,61)	0,603	23,33 (6,96)	<0,001
Não	158 (94,61)	3,21 (3,59)		4,54 (7,29)		1,54 (2,62)		9,08 (8,25)	
Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho									
Sim	12 (7,89)	2,16 (2,16)	0,428	10,33 (9,32)	0,05	1,83 (3,09)	0,77	14,33 (8,60)	0,090
Não	140 (92,11)	3,21 (3,44)		5,38 (8,26)		1,57 (2,75)		9,91 (8,90)	
Depressão									
Sim	13 (7,78)	1,84 (2,30)	0,159	10,61 (8,60)	0,007	2,92 (4,48)	0,357	14,84 (8,52)	0,029
Não	154 (92,22)	3,20 (3,60)		4,94 (8,03)		1,44 (2,46)		9,40 (8,67)	
Dor na coluna									
Sim	42 (22,80)	3,35 (3,70)	0,231	10,20 (9,33)	0,654	1,77 (2,87)	0,917	15,05 (8,49)	0,296
Não	142 (77,20)	3,08 (3,47)		3,97 (7,20)		1,53 (2,64)		8,40 (8,22)	
Doença cardiovascular									
Sim	7 (3,80)	1,85 (1,34)	0,522	11,85 (12,32)	0,084	3,42 (4,89)	0,121	17,14 (10,18)	0,052
Não	141 (76,60)	3,13 (3,41)		5,36 (8,14)		1,61 (2,66)		9,86 (8,61)	
Insuficiência Renal e crônica									
Sim	1 (0,50)	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	183 (99,50)	-		-		-		-	
Câncer									
Sim	0 (0,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	184 (100,00)	-		-		-		-	
Doença pulmonar									
Sim	2 (1,27)	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	155 (98,73)	-		-		-		-	

*Mann-Whitney

DISCUSSÃO

O índice de CPO-d encontrado (9,54) foi mais elevado do que o apontado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012). O Levantamento epidemiológico realizado em 2010 demonstrou um declínio da cárie no Brasil, saindo 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) aos 12 anos de idade. Entretanto o resultado do presente estudo evidenciou situação de maior severidade da doença cárie nas comunidades quilombolas em Sergipe, se comparado à população em geral. Esse fato pode ser atribuído às dificuldades de acesso dessas populações aos serviços de saúde.

Em relação ao componente “restaurado” o resultado é semelhante ao SB-Brasil 2010, quando se observa que na Região Nordeste, a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor do que na Região Sudeste, indicando que a maior prevalência da doença cárie corresponde ao menor acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2012). No grupo de 65 a 74 anos, o componente com maior percentual foi o “extraído” (BRASIL, 2012).

Os resultados estão em consonância com o encontrado por Guiotoku et al (2012) que identificaram iniquidades na experiência anterior de cárie, apesar da pequena diferença no índice CPO-D por grupo de raça/cor e em relação à perda dentária, os pardos apresentaram 1,4 mais dentes perdidos e 6% a mais de edentulismo anterior, quando comparados aos brancos.

Ao analisar a relação da educação com a questão racial, Santos (2015) faz uma análise do documento divulgado pela UNICEF em 2012 em que, do total de excluídos da escola, a maioria é negra e parda e em anos de estudo a média para a população negra é de 6,7 anos, contra 8,4 da branca, indicando que um dos principais obstáculos encarados pelos estudantes negros é a discriminação racial (SANTOS, 2015). Pereira (2016) aprofundou o debate do processo escolar formal no Brasil, sendo esse um desafio para o país e a educação dos jovens e adultos, principalmente, do campo e de comunidades ribeirinhas.

Os resultados apontam índices altos de CPO-D na população quilombola estudada principalmente na faixa etária > 60 anos, esse fato deve-se ao grande quantitativo do componente perdido. Os dados corroboram com Menezes-Silva et al, (2016) que evidenciaram alta taxa de edentulismo na população idosa, contribuindo

para um alto índice de CPO-D. Isso demonstra a relação entre saúde bucal e distúrbios, como ansiedade, depressão, estresse e medicação, fatores diretamente correlacionados em idosos. Esses achados abonam o estudo de DCNTs como variáveis dessa pesquisa. Os resultados também são semelhantes à Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), em que o grupo de 65 a 74 anos apresentou o componente extraído com maior percentual (BRASIL, 2012).

Os dados são semelhantes aos de Maia et al. (2016) que realizaram estudo com objetivo de desenvolver ações de caráter educativo e preventivo de saúde bucal em seis aldeias indígenas da etnia Tembé, no Pará, e verificaram que os idosos haviam sofrido ataques pela cárie e apresentavam como elemento exclusivo o componente extraído.

Foram encontradas médias de CPO-D menores para as faixas etárias mais jovens, resultados que foram semelhantes à pesquisa que avaliou a prevalência da cárie dentária em crianças/adolescentes de 0 a 15 anos em oito comunidades ribeirinhas do Pará. O CPOD aos 12 anos foi de 4,0 ($\pm$ 3,1), sendo o elemento predominante o cariado. Entre as necessidades de tratamentos mais prevalentes, estavam as restaurações de 1 ou 2 faces, assinalando que essas comunidades possuíam dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os índices encontrados mostraram-se acima dos apresentados nos levantamentos epidemiológicos nacionais, SB Brasil, 2010 (AMARAL et al., 2017).

Nas outras faixas etárias de adultos e idosos, houve uma progressiva substituição dos elementos cariados por elementos extraídos, podendo esse evento estar associado à falta de acesso aos serviços de saúde. Resultado similar foi encontrado nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, onde foi encontrada alta prevalência de cárie, tendo como consequência percentual elevado de perdas dentárias (FIGUEIREDO et al., 2016).

Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes das comunidades quilombolas em Sergipe pertencia a níveis de escolaridade até o ensino fundamental com índice de analfabetismo de 12,5 %, embora ainda haja indivíduos com ensino médio e nível superior em menor escala. Os resultados foram semelhantes ao estudo de Pereira (2016) em que se observou que a educação de nível fundamental e médio chega aos poucos nas comunidades ribeirinhas do Pará, beneficiando os filhos dos trabalhadores rurais, quilombolas, extrativistas, ribeirinhos e pescadores para que tenham acesso à escola e, assim, possam cursar os níveis de ensino que antes não

tiveram condição de fazê-lo em função da precária condição econômico-financeira. Em relação aos alunos que concluíram o ensino médio, o número era bem menor que aqueles com ensino fundamental completo.

Em relação ao percentual de analfabetos e indivíduos com ensino fundamental, os resultados são análogos à pesquisa de Velten et al. (2013) em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, em que 20% eram analfabetos, 40% tinham ensino fundamental incompleto e nenhum dos participantes da pesquisa possuía o ensino médio.

Quando se analisa a variável renda, percebe-se que as comunidades quilombolas pertenciam à classe social E (renda de até 2 salários mínimos, segundo critérios do IBGE), sendo que este grupo também possuía maiores médias do índice de cárie dentária. Resultado semelhante em proporções da população que pertenciam à classe social E foi observado no estudo com comunidades quilombolas de Alagoas (90%) e na Chamada Quilombola (90,9%) (LEITE et al., 2013).

A relação entre grupos socioeconomicamente menos privilegiados e índices de cárie dentária mais elevados foi encontrada em outros estudos (ARDENGHIL, PIOVESAN, ANTUNES, 2013; MENDES, MATOS, BASTOS, 2016; BRASIL, 2012). Diferenças significativas entre os grupos de raça/cor também foram observadas em relação à escolaridade, à renda familiar e ao acesso a dentista (GUIOTOKU et al, 2012).

A prevalência de cárie dentária no presente estudo foi alta, bem como houve prevalência em indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis nas comunidades quilombolas pesquisadas, principalmente hipertensão arterial e artrite/reumatismo ($p < 0,001$). Elevada prevalência de cárie dentária também foi encontrada em outro estudo em populações quilombolas no Pará com pouco acesso à saúde bucal em que, também, foi observado elevado índice de doenças crônicas entre essas populações negras rurais em comparação com o restante da população brasileira (MELO, SILVA, 2015).

A prevalência de hipertensos (23,26%) é inferior à pesquisa transversal descritiva, desenvolvida na Comunidade Quilombola Boca da Mata no Maranhão que apresentou elevação (36,4%) dos níveis pressóricos, sendo a maioria do sexo feminino. Entre os hipertensos previamente diagnosticados, 38% estavam com a PA não controlada, apesar do uso contínuo de medicamentos. Naquele estudo foi apontado que os indivíduos que apresentaram elevação de PA 33,3% estavam na

faixa etária entre 18 a 29 anos e 29,6%, entre 42 e 53 anos (BELFORT, 2017). Assim a prevalência de hipertensão arterial encontrada neste estudo deve ser observada pelas autoridades sanitárias já que a hipertensão arterial influencia negativamente na qualidade de vida de quilombolas, quando se analisa a dimensão física (VELTEN et al., 2013).

Embora exista uma prevalência de diabetes na população estudada, não se observou diferenças significativas nas médias do índice de cárie dentária nos que relataram ter diagnóstico de diabetes. Esse dado pode ser explicado devido à relação da diabetes ser mais agressiva com a doença periodontal ou porque os diabéticos encontravam-se compensados. Os resultados estão de acordo com o estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em que a presença de diabetes mellitus tipo 1 em doentes tratados com bomba de insulina não estava associada a um aumento da prevalência de lesões de cárie dentária (GARCIA, et al., 2016).

Porém, vários estudos demonstraram que a Diabetes Mellitus tipo 1 pode comprometer a saúde bucal do doente e em consequência, a sua qualidade de vida. Elevados níveis de glicose no sangue provocam alterações bacterianas e fúngicas, ocasionando uma modificação do biofilme dentário e da composição salivar, o que provoca aparecimento ou exacerbação de diferentes patologias bucais (WATTERS, 2014). Em outro estudo com crianças de 2 a 10 anos com Diabetes Mellitus tipo 1 no município de Fortaleza, foi apresentado maior severidade de cáries quando comparado ao grupo sem diabetes (MARTINS, 2017) e que o grupo de diabéticos possuía maiores índices de placa quando comparados a pacientes saudáveis (PONTE, 2017).

Na população estudada, as maiores médias do índice de cárie dentária foram encontradas nos indivíduos com hipercolesterolemia em comparação com os que relataram não ter colesterol alto. Os dados sugerem que pode haver relação entre cárie e índices lipídêmicos. Estudo demonstrou que o colesterol alto está intimamente associado ao sedentarismo e à alimentação inadequada com elevado consumo de carne com gordura e refrigerantes e baixo consumo de frutas, aspectos notados em população quilombola do norte de Minas Gerais, destacando a associação de fatores que implicam risco cardiovascular elevado para essa população (OLIVEIRA, CALDEIRA, 2016). Estes aspectos podem se configurar em fatores de risco comuns para as doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária (OMS, 2017)

Embora a prevalência de doenças cardíacas na população quilombola seja baixa, os índices médios de cárie dentária são maiores no presente estudo naqueles indivíduos que relataram possuir diagnóstico de doenças cardíacas. Semelhante resultado foi encontrado por Cantekin (2013) em estudo que apontou diferenças significativas nos índices de dentes cariados, perdidos ou restaurados de crianças com doenças cardíacas congênitas ou adquiridas, quando comparado com crianças saudáveis. Deve-se considerar a probabilidade de aumento das doenças cardiovasculares nas comunidades pesquisadas, pois sabe-se que as doenças cardiovasculares são consideradas fator de risco para doenças bucais e, como consequência, mortalidade decorrente de sua severidade (RUOSPO et al., 2014).

Os que relataram possuir artrite ou reumatismo apresentaram significativas médias mais altas do índice de cárie dentária. Em estudo com pacientes negros avaliados como tendo doença cardíaca e reumática grave que necessitava de cirurgia valvular em um hospital na cidade de Durban, África do Sul, eles apresentaram anormalidades nas radiografias panorâmicas de 84,1% dos indivíduos. A lesão mais frequente foi a cárie, presente em 56,8% dos pacientes, seguida de dentes ausentes em 54,5% dos participantes. As raízes retidas estavam presentes em 22,7% e a patologia peri-apical foi detectada em 18,1% dos pacientes (MAHARAJ B, VAYEJ, 2012).

Os resultados corroboraram pesquisa em Vitória (ES) com pacientes que possuíam doença reumática, revelando que a artrite reumatóide apresentou-se como a doença dominante (50%), exibindo um alto índice de CPOD para indivíduos da faixa etária de 15 a 19 anos (16,50), apontando ser um fator preocupante uma vez que é aproximadamente três vezes maior que a média regional (5,94). O CPO-D médio encontrado em Vitória foi de 21,51, apesar de 58,75% considerar a autopercepção em relação a sua saúde bucal, como satisfatória. Ressaltaram também que os resultados poderiam ser devido a dificuldades de higienização por complicações motoras nos membros superiores ou envolvimento da articulação temporomandibular (ATM) e indicam medidas alternativas (adaptadores de escovas dentais, de fio dental e/ou ainda de dentífrício) no auxílio à higiene bucal (CARVALHO, TEIXEIRA, GOMES, 2009).

Os resultados apontaram que existe a doença depressão na comunidade estudada e que aqueles que relataram ter este diagnóstico possuíam significativamente maiores índices médios de severidade da cárie dentária. A depressão também foi observada em comunidades quilombolas de Vitória da

Conquista, Bahia, apresentando-se em 10,4% dos homens e em 13,4% das mulheres, sem diferenças estatísticas entre os sexos, embora os fatores associados à depressão em adultos diferem entre homens e mulheres. Para os homens, foi ter 41 anos ou mais, auto avaliação de saúde ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de doença crônica, acesso ruim aos serviços de saúde e não praticar exercício físico, e para as mulheres, os fatores associados à depressão foram autodeclarar-se como não negra, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos (BARROSO, MELO, GUIMARÃES, 2015).

Identificou-se uma baixa prevalência de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), com a média do índice de cárie dentária dos sujeitos com valores mais altos do que os indivíduos sem esse distúrbio. Diferente do estudo que evidenciou associação das lesões de esforços repetitivos em membros superiores (lesão por esforço repetitivo\ distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER\DORT) e a saúde bucal (CARVALHO, 2011) destacando que nos portadores de LER\DORT quando analisada a dificuldade na Atividade de Vida Diária escovar os dentes apresentou-se com 81% das reclamações e o uso de fio dental, com 78%. Houve impacto significativo também nas condições periodontais, índice de placa, disfunção tempomandibular e cárie dentária. Estes resultados podem sugerir uma dificuldade de escovação devido às dores crônicas o que possibilitaria um maior índice de cárie dentária.

A maioria dos participantes não apresentava dor na coluna, porém, aproximadamente um quinto dos indivíduos que relataram dor crônica na coluna vertebral apresentava média do índice de cárie dentária elevada. De maneira semelhante aos estudos de indivíduos que possuem LER\DORT, os participantes que apresentaram dor de coluna podem sentir dificuldade de realizar a higiene bucal por se tratar de atividade mecânica que pode implicar em sintomatologia dolorosa aumentada pela simples execução deste ato em casos agudos.

A maioria dos pesquisados não relatou diagnóstico anterior de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência renal crônica e não houve relato de câncer, sinalizando que estas doenças ainda não foram diagnosticadas na comunidade, não implicando, entretanto, que não haja risco de que possam vir ocorrer nestas populações devido à situação de desfavorecimento socioeconômico em que se encontram.

Portanto medidas de prevenção e intervenção que considerem os fatores de risco comuns a doenças crônicas não transmissíveis, e cárie dentária devem ser

implementadas em tempo oportuno, direcionadas especificamente para estas comunidades ainda em situação de desfavorecimento socioeconômico.

CONCLUSÕES

Houve associação de maiores índices médios de cárie dentária na presença da maioria das doenças crônicas pesquisadas e a menores níveis socioeconômicos. Médias maiores do índice de cárie dentária (CPO-D) estiveram associadas ao relato de diagnóstico anterior das seguintes condições e doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, doenças cardíacas e depressão).

REFERÊNCIAS

ALVES-FILHO, P.; SANTOS, R.V.; VETTORE, M.V. Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. **Rev Bras Epidemiol** 2013; 16(3): 692-704.

AMARAL, R.C.D.; CARVALHO, D.A.; BRIAN, A.; SAKAI, G.P. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas - Pará, BrasilThe relationship between oral health and dental caries in eight riverside communities - Pará, Brazil. **Rev Bras Odontol** 2017; 74(1): 18-22.

ARDENGHIL, T.M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**; 2013; 47(supl3):129-37.

BARROSO, S.M.; MELO, A.P.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev Bras Epidemiol** 2015; 18(2): 503-514.

BELFORT, I.K.P.; FERNANDES, M.A.; NUNES, J.D.C.; MONTEIRO, S.C.M. Elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola. **Rev Bras Promoç Saúde** 2017; 30(3): 1-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal**. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Programa Brasil Quilombola: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. PNS – **Pesquisa Nacional de Saúde**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Acesso em: 10/2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9161&t=downloads>.

CANTEKIN, K.; CANTEKIN, I.; TORUN, Y. Comprehensive dental evaluation of children with congenital or acquired heart disease. **Cardiology in the Young** 2013; 23(5): 705-710.

CARVALHO, E.S. **Associação entre lesões de esforços repetitivos (LER/DORT) em membros superiores e a saúde bucal**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. 2011

CARVALHO, A.; OLIVEIRA E SILVA, D.. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuaçu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 50, p. 521-532, 2014.

CARVALHO, R.B.; TEIXEIRA, L.P.; GOMES, M.J. Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes, Vitória – ES. **RFO** 2009; 14(3):216-22.

DE ASSIS, E.S. et al. Prevalence of variant hemoglobins and thalassemias in a maroon community in Sergipe, Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 37, n. 2, p. 211, 2015

FIGUEIREDO, Márcia Cançado et al . Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo , v. 16, n. 2, ago. 2011 .

FIGUEIREDO, M.C.; BENVENÚ, B.P.; SILVEIRA, P.P.L.; SILVA, A.M.; SILVA, K.V.C.L. Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Faculdade de Odontologia de Lins** 2016; 26(2):61-73. ISSN Impresso: 0104-7582 • ISSN Eletrônico: 2238-1236

GARCIA, R.; COELHO, A.; PAULA, A.; FERREIRA, M.M.; CAMELO, F.; BARROS, L.; BATISTA C, MELO M, SILVA MJ, CARRILHO E. Cárie dentária em diabéticos tipo 1 tratados com bomba de insulina. **Acta Med Port** 2016; 29(7-8): 461-467.

GUIOTOKU, S.K.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J.; FRANÇA, B.H.S.; BISINELLI, J.C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2012; 31(2): 135-141.

JIN, L.J., LAMSTER, I.B.; JS GREENSPAN, J.S.; NB PITTS, N.B.; C SCULLY, C.; WARNAKULASURIYA. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. **Oral Diseases** 2016; 22:609–19.

KIM, E-K., LEE, S.G.; CHOI, Y-H.; WON, K-C; MOON, J.S; MERCHANT, A.T.; LEE, H-K. Association between diabetes-related factors and clinical periodontal parameters in type-2 diabetes mellitus. **BMC Oral Health** 2013; 13:64.

LEITE, F.M.B.; FERREIRA, H.S.; BEZERRA, M.K.A.; ASSUNÇÃO, M.L.; HORTA, B.L. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. **Rev. Paul. Pediatr.** 2013;31(4):444-51.

LOPES AC.B.A.; CABRERA, M.A.S. Saúde bucal em usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na atenção primária à saúde. *Espaço. Saúde (on-line)* 2010;11(2):39-47.

MAHARAJ B, VAYEJ AC. (2012). Oral health of patients with severe rheumatic heart disease. **Cardiovascular Journal of Africa**, 23(5), 336–339.

MAIA, B.N.B.; SILVA, T.A.; COLAÇO, M.N.; CELESTINO-JÚNIOR, A.F. Projeto Tembê: ações de saúde bucal em seis aldeias indígenas de Tomé-Açu, Pará, Brasil. **Rev Saúde – UNG on-line** 2016; 10(3-4):34-46.

MARTINS, R.A.R.C. **Avaliação de fluxo, pH e glicose salivares e experiência de cárie em crianças com e sem diabetes mellitus tipo 1: estudo longitudinal**. 2017. 63 f. [Dissertação] Mestrado em Odontologia - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MELO, M.F.T.; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN** 2015. 7(16); 168-189.

MENDES, H.J.; MATOS, P.E.S.; BASTOS, J.R.M. Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Rev. Saúde.Com** 2016; 12(1): 454- 462.

MENEZES-SILVA, R.; OLIVEIRA, D.W.D.; BISCARO, P.C.B.; ORTI, N.P.; SÁ-PINTO, A.C.; RAMOS-JORGE, M.L. Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. **Sci Med** 2016; 26(1): ID21980.

NASSEH K, GREENBERG B, VUJICIC M, GLICK M,. The Effect of Chairside Chronic Disease Screenings by Oral Health Professionals on Health Care Costs. **Am J Saúde Pública**; 104(4): 744-50, 2014.

OLIVEIRA, S.K.M.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad saúde colet** 2016; 24(4): 420-427.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Adherence to long-term therapies - evidence for action.** [online] 2003. [acessado em 15 nov 2017]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

PEREIRA, R.C. Sistema De Organização Modular De Ensino (Some) e a inclusão social dos jovens e adultos do campo. **Revista Margens Interdisciplinar** 2016; 10(14):187-198.

PONTE, E.D. **Avaliação de controle metabólico, perfil de proteínas totais salivares e índices de placa e gengival em crianças com e sem diabetes mellitus tipo 1: um estudo caso-controle e prospectivo.** 2017. 72 f. [Dissertação] Mestrado em Odontologia - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017

RUOSPO, M.; PALMER, S.C.; CRAIG, J.C.; GENTILE, G.; JOHNSON, D.W.; FORD, P.J. *et al.* Prevalence and severity of oral disease in adults with chronic kidney disease: a systematic review of observational studies. **Nephrol Dial Transplant** 2014; 29: 364-375.

SANTOS, S.B. famílias negras: uma perspectiva sobre raça, gênero e educação. **Revista Fórum Identidades** 2015; 17(9): 115-58.

SANTOS, J.P.; PAES, N.A. Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. **Rev. bras. epidemiol** 2014; 17(2).

SCHWAB, G.L.; MOYSÉS, S.T.; FRANÇA, B.H.S.; WERNECK, R.I.A.; FRANK, E.; MOYSÉS, S.J. Chronic conditions policies: oral health, a felt absence. **International Dental Journal** 2014; 64: 83–88.

SILVA, J.V.; MACHADO, F.C.A.; FERREIRA, M.A.F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** 2015; 20(8):2539-2548.

SOUSA, M.A.; PINHEIRO, A.P.L; PINHEIRO, A.C.L.; ASSUNÇÃO, L.S.; SILVA, J. Patrimônio Histórico Cultural: um olhar sobre a construção do mapeamento das comunidades negras e quilombolas do Cariri Cearense. **Rev Ciência da Informação** 2013; 3(2).

VELTEN, A.P.C.; MORAES, N.A.; OLIVEIRA, E.R.A.; MELCHIORS, A.C.; SECCHIN, C.M.C.; LIMA, E.F.A. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo. **Rev Bras Pesq Saúde** 2013; 15(1): 9-16.

WATTERS, C.; EVERETT, J.A.; HALEY, C.; CLINTON, A.; RUMBAUGH, K.P. Insulin treatment modulates the host immune system to enhance *Pseudomonas aeruginosa* wound biofilms. **Infect Immun** 2014; 82(1):92-100.

WHO. World Health Organization. **WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015**. Department of Information, Evidence and Research. Geneva:WHO, 2017.

6 CONCLUSÃO GERAL

O instrumento OHIP-14 apresentou confiabilidade, consistência e validade para comunidades quilombolas. Maior impacto da saúde bucal está associado às dimensões de dor física e desconforto psicológico. A associação de maiores índices médios de cárie dentária na presença da maioria das doenças crônicas pesquisadas e em menores níveis socioeconômicos demonstrou a importância de programar medidas de prevenção e controle específicos para redução de doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária nas comunidades quilombolas de Sergipe.

ANEXOS

Pareceres do CEP

Anexos 1, 2 e 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais e impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 45917115.5.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.286.447

Apresentação do Projeto:

O diagnóstico de saúde de uma população pelo aspecto epidemiológico serve de base para orientar as ações de saúde, de modo a melhor atender as necessidades da população, em termos de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde. Esse trabalho tem como objetivo avaliar os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e da condição de saúde bucal, bem como seu impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas e não quilombolas de Laranjeiras-SE e de Pelotas-RS. A metodologia baseia-se em um estudo do tipo caso-controle com abordagem quantitativa através da aplicação de um modelo único de questionário contendo questões de âmbito social, econômico e cultural associado; sobre os fatores de risco comuns das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais (modificado do INCA); escala de avaliação da saúde bucal na qualidade de vida- versão simplificada do Oral Health Impact Profile, o OHIP-14 e levantamento epidemiológico através de exame clínico bucal através do Índice de CPOD. Os resultados deste estudo permitiram identificar os fatores comuns de doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária em comunidades quilombolas e não quilombolas de municípios brasileiros selecionados para nortear a formulação de políticas públicas específicas para o segmento quilombola e servir de modelo para outras localidades brasileiras de contexto semelhante.

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Avaliar os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e da condição de saúde bucal, bem como seu impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas e não quilombolas de Laranjeiras-SE e de Pelotas-RS.

Objetivos secundários:

Realizar diagnóstico da cárie dentária e necessidade de tratamento em diferentes faixas etárias de populações quilombolas e não quilombolas de Laranjeiras-SE e de Pelotas-RS;

Identificar os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis nas comunidades selecionadas;

Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida nas comunidades quilombolas e não quilombolas da pesquisa;

Verificar se existe associação dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis na população estudada com a ocorrência da cárie dentária nas comunidades do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá haver leve desconforto do participante quanto ao exame clínico bucal e ao responder o questionário, entretanto todo o cuidado será tomado para que o participante se sinta confortável e satisfeito através da escolha de ambiente calmo e tranquilo e que permita a privacidade tanto na hora do exame, quanto no momento de responder ao questionário. Também haverá esclarecimento prévio pela equipe da pesquisa sobre todos os procedimentos que serão realizados e sobre os riscos e benefícios e as medidas de cuidado com a biossegurança nos exames clínicos e com a confiabilidade dos dados pessoais dos participantes, antes da assinatura do Termo de Assentimento e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Ao participante será facultado receber avaliação sobre sua própria saúde se assim desejar. Maior conhecimento acerca da situação de saúde com informações sobre as necessidades de tratamento das populações quilombola do estudo que possam subsidiar o planejamento de políticas específicas para estas comunidades. Os resultados da situação de saúde das populações não quilombolas também poderão contribuir para o planejamento das políticas públicas municipais. A publicação de artigos científicos sobre esta temática servirá como benefício indireto para que a

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

sociedade científica possa ganhar em conhecimento as matérias tratadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as sugestões da versão anterior foram acatadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_532139.pdf	06/10/2015 15:03:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	06/10/2015 15:02:35	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e	Infraestrutura_Pelotas.pdf	10/09/2015 20:34:56	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.286.447

Infraestrutura	Infraestrutura_Pelotas.pdf	10/09/2015 20:34:56	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_Laranjeiras.pdf	10/09/2015 20:33:59	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Outros	APÊNDICE 4- Questionário OHP.pdf	10/07/2015 18:56:22		Aceito
Outros	APÊNDICE 3- Ficha Clínica da Condição de Saúde Bucal e Necessidade de Tratamento.pdf	10/07/2015 18:55:36		Aceito
Outros	APÊNDICE 2- Termo de assentimento Livre e Esclarecido.pdf	10/07/2015 18:54:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE 1-Termo de consentimento Livre e esclarecido.pdf	10/07/2015 18:47:27		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO - Cooperação acadêmica UCEPEL.pdf	10/07/2015 18:46:46		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ITP.pdf	10/07/2015 18:46:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	10/07/2015 18:45:10		Aceito
Outros	Declaracao_pesquisadores.pdf	05/06/2015 17:53:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE
LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo**Bairro:** Bairro Farolândia**CEP:** 49.032-490**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3218-2206**Fax:** (79)3218-2100**E-mail:** cep@unit.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e doenças bucais e impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 45917115.5.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.093.545

Apresentação do Projeto:

O diagnóstico de saúde de uma população pelo aspecto epidemiológico serve de base para orientar as ações de saúde, de modo a melhor atender as necessidades da população, em termos de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde. Esse trabalho tem como objetivo avaliar os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e da condição de saúde bucal, bem como seu impacto na qualidade de vida nas

comunidades quilombolas de Laranjeiras, Japaratuba e Barra dos Coqueiros e Aracaju em Sergipe e de Pelotas-RS. As comunidades quilombolas selecionadas foram respectivamente Mussuca, Patioba, Pontal da Barra e Maloca em Sergipe e Povoado Algodão em Pelotas- RS. A metodologia baseia-se em um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa através da aplicação de um modelo único de questionário contendo questões de âmbito social, econômico e cultural associado; as questões sobre os fatores de risco comuns das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais (modificado do INCA); escala de avaliação da saúde bucal na qualidade de vida- versão simplificada do Oral Health Impact

Profile, o OHIP-14 e levantamento epidemiológico através de exame clínico bucal através do Índice de CPOD. e o índice de Necessidades em Saúde bucal. Os resultados deste estudo permitirão identificação dos fatores comuns de doenças crônicas não transmissíveis e a cárie dentária, como

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

também a necessidade de tratamento relacionadas à condição de cárie dentária, além do impacto dessa condição para comunidades quilombolas de municípios brasileiros selecionados para nortear a formulação de políticas públicas específicas para o segmento quilombola e servir de modelo para outras localidades brasileiras de contexto semelhante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os fatores de risco comuns de doenças crônicas não transmissíveis e da condição de saúde bucal, bem como seu impacto na qualidade de vida nas comunidades quilombolas de Laranjeiras, Patioba em Japaratuba, Pontal da Barra em Barra dos Coqueiros e Maloca em Aracaju no estado de Sergipe e de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul

Objetivo Secundário:

- Realizar diagnóstico da cárie dentária e necessidade de tratamento em diferentes faixas etárias de populações quilombolas e não quilombolas de Laranjeiras, Patioba em Japaratuba, Pontal da Barra em Barra dos Coqueiros e Maloca em Aracaju no estado de Sergipe e de Pelotas-RS.
- Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida nas comunidades quilombolas de Sergipe e a do Rio Grande do Sul.
- Verificar se existe associação dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis na população estudada com a ocorrência da cárie dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da Saúde Coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações para esta emenda foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para a emenda deste projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.093.545

CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_903181_E1.pdf	20/04/2017 19:07:36		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura_Japaratuba_emenda.pdf	20/04/2017 19:00:29	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao_Japaratuba_emenda.pdf	20/04/2017 18:59:54	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_pesquisadorp2_emenda.pdf	20/04/2017 18:59:31	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_pesquisadorp1_emenda.pdf	20/04/2017 18:56:00	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EMENTA1.pdf	20/04/2017 18:55:02	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_Pelotas.pdf	10/09/2015 20:34:56	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_Laranjeiras.pdf	10/09/2015 20:33:59	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Outros	APÊNDICE 4- Questionário OHP.pdf	10/07/2015 18:56:22		Aceito
Outros	APÊNDICE 3- Ficha Clínica da Condição de Saúde Bucal e Necessidade de Tratamento.pdf	10/07/2015 18:55:36		Aceito
Outros	APÊNDICE 2- Termo de assentimento	10/07/2015		Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo**Bairro:** Bairro Farolândia**CEP:** 49.032-490**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3218-2206**Fax:** (79)3218-2100**E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.093.545

Outros	Livre e Esclarecido.pdf	18:54:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE 1-Termo de consentimento Livre e esclarecido.pdf	10/07/2015 18:47:27		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO - Cooperação acadêmica UCEPEL.pdf	10/07/2015 18:46:46		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ITP.pdf	10/07/2015 18:46:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	10/07/2015 18:45:10		Aceito
Outros	Declaracao_pesquisadores.pdf	05/06/2015 17:53:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 31 de Maio de 2017

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE
LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo**Bairro:** Bairro Farolândia**CEP:** 49.032-490**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3218-2206**Fax:** (79)3218-2100**E-mail:** cep@unit.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico das doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Sergipe

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57804416.3.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.685.357

Apresentação do Projeto:

As doenças e agravos são multicausais, envolvendo desde acesso e qualidade da assistência prestada pelas Equipes de Saúde da Família, até os determinantes sociais do território. No contexto das comunidades quilombolas ressalta-se ainda carências de infraestrutura, saneamento, educação e acesso aos serviços de saúde. A situação dos quilombolas merece destaque por se referir a um grupo em situação de vulnerabilidade social no tocante às desigualdades étnico-raciais. Este grupo populacional tem acompanhado a transição epidemiológica do Brasil, com presença de doenças negligenciadas e ao mesmo tempo doenças crônicas não transmissíveis. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível, que afeta grande parte da população brasileira, em sua maioria, descendentes dos afrodescendentes. Outro aspecto importante é o impacto da violência na saúde das populações em brasileiros. O objetivo de analisar o perfil epidemiológico das doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Sergipe. Trata-se de um estudo tipo transversal, com dados primários e secundários. A amostra será aleatórias com um número de 425 famílias estratificadas entre as 17 comunidades quilombolas selecionadas. Os dados secundários serão coletados no Sistema de Informações Hospitalares e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Será aplicado um questionário à população das comunidades quilombolas

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

de Sergipe. Para a organização e análise dos dados quantitativos serão utilizados o programa EPIDATA 3.1. O teste Qui-quadrado de Pearson será utilizado para comparação das proporções e explorar as associações das variáveis. Espera-se verificar as variáveis: nutrição e atividade física; presença de doenças sexualmente transmissíveis e uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas, percepção sobre Dengue, Zika e Chikungunya: doenças negligenciadas Acesso da Atenção Primária, internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; violência e impactos na Saúde; existência de programas e Políticas Públicas Possivelmente relacionadas à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil epidemiológico das doenças e agravos, extensão e qualidades dos serviços e políticas públicas de saúde nas comunidades quilombolas de Sergipe.

Objetivo Secundário:

Avaliar a prevalência de hipertensão arterial e seu relacionamento com aspectos clínicos, nutricionais, sociais e ambientais nas diferentes comunidades Quilombolas de Sergipe.

Avaliar presença/ausência de fatores ambientais e sintomatológicos da população quilombola sergipana quanto a Dengue, Zika e, Chikungunya: doenças negligenciadas no Brasil.

Analisar a extensão e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde em comunidades quilombolas de Sergipe com base no Índice de Condições Sensíveis à Atenção Primária e nível de satisfação dessas comunidades com os serviços básicos de saúde.

Analisar indicadores de violência, suas relações com o ambiente e impacto na saúde das comunidades quilombolas de Sergipe.

Analisar a presença e adequação de políticas públicas de saúde e de prevenção a violência nas comunidades quilombolas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto declara que a pesquisa envolve riscos mínimos, pois pode provocar um desconforto pelo tempo exigido para responder ao formulário através de entrevista individual, mas não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, uma vez que os sujeitos envolvidos terão sigilo assegurado pelos pesquisadores. No tocante aos benefícios, a publicação desse estudo servirá como base de dados para futuras pesquisas. As informações apresentadas poderão ser utilizadas pelos profissionais da atenção primária no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, bem como na cooperação entre profissionais, gestores e a comunidade, visando melhorias na abordagem

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

específica a alguns problemas de saúde que são responsáveis por um grande contingente de internações. A pesquisa em comunidades quilombolas poderá ajudar no planejamento, organização e propostas de políticas públicas em saúde que busquem a inclusão de tais grupos nas efetivas ações que completam o ciclo da responsabilidade social do Estado para se alcançar a equidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica. O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, está bem fundamentado e possui metodologia coerente ao que se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_711024.pdf	08/08/2016 16:38:20		Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.685.357

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2016 16:36:53	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores_folha2.pdf	08/08/2016 16:30:50	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores_folha_1.pdf	08/08/2016 16:30:28	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_de_autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Capela.pdf	10/06/2016 23:35:36	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_uso_de_arquivos_Aquidaba.pdf	10/06/2016 23:19:11	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_para_o_uso_de_arquivos_Cumbe.pdf	10/06/2016 23:12:56	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_uso_de_Arquivos_Ilha_das_Flores.pdf	10/06/2016 23:12:14	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Canhoba.pdf	10/06/2016 23:11:20	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Japarutuba.pdf	10/06/2016 23:10:19	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Laranjeiras.pdf	10/06/2016 23:09:36	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_para_uso_de_arquivos_Barra_dos_coqueiros.pdf	10/06/2016 23:08:44	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Pirambu.pdf	10/06/2016 23:07:30	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_o_uso_de_Arquivos_Riachuelo.pdf	10/06/2016 23:06:23	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_para_uso_de_arquivos_Japota.pdf	10/06/2016 23:03:52	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_para_o_uso_de_arquivos_Brejo_Grande.pdf	10/06/2016 23:03:24	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	Declaracao_de_Autorizacao_para_o_uso_de_arquivos_Aracaju.pdf	10/06/2016 23:01:51	Taciana Silveira Passos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Cep.pdf	10/06/2016 22:59:52	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Pirambu.pdf	10/06/2016 22:56:30	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Cumbe.pdf	10/06/2016 22:49:04	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Barra_dos_Coqueiros.pdf	10/06/2016 22:47:56	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_Infraestrutura_UNIT.pdf	10/06/2016 22:41:19	Taciana Silveira Passos	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo**Bairro:** Bairro Farolândia**CEP:** 49.032-490**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3218-2206**Fax:** (79)3218-2100**E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.685.357

Infraestrutura	Declaracao_Infra_estrutura_UNIT.pdf	10/06/2016 22:41:19	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_UNIT.pdf	10/06/2016 22:40:56	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_Riachuelo.pdf	10/06/2016 22:37:22	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Aracaju.pdf	10/06/2016 22:31:43	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Capela.pdf	10/06/2016 22:29:19	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Aquidaba.pdf	10/06/2016 22:25:50	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Canhoba.pdf	10/06/2016 22:24:31	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Ilhabela.pdf	10/06/2016 22:23:51	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Laranjeiras.pdf	10/06/2016 22:21:57	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao_de_Saude_Japaratinga.pdf	10/06/2016 22:20:56	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_instituicao_Japoata.pdf	10/06/2016 21:53:22	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Brejo_Grande.pdf	10/06/2016 21:52:50	Taciana Silveira Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_secretaria_estadual_de_saude.pdf	10/06/2016 21:51:58	Taciana Silveira Passos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	10/06/2016 20:42:26	Taciana Silveira Passos	Aceito
Outros	FORMULARIO_PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_DAS_DOENCAS_E_AGRAVOS_NAS_COMUNIDADES_QUILOMBOLAS_DE_SERGIPE.pdf	10/06/2016 20:31:55	Taciana Silveira Passos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo**Bairro:** Bairro Farolândia**CEP:** 49.032-490**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3218-2206**Fax:** (79)3218-2100**E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.685.357

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 18 de Agosto de 2016

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE
LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br