

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ELEN CRISTINA SOARES DA SILVA
IZAURA BEATRIZ SANTOS PEREIRA

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DOS
ESCOLARES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA
MUSSUCA EM LARANJEIRAS-SE

Aracaju

2016

ELEN CRISTINA SOARES DA SILVA
IZAURA BEATRIZ SANTOS PEREIRA

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DOS
ESCOLARES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA
MUSSUCA EM LARANJEIRAS-SE

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
odontologia

Orientadora: Prof.^a MSc SIMONE
ALVES GARCEZ GUEDES

Aracaju

2016

ELEN CRISTINA SOARES DA SILVA
IZAURA BEATRIZ SANTOS PEREIRA

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES
NA COMUNIDADE QUILOMBOLA MUSSUCA EM
LARANJEIRAS-SE

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
odontologia

Aprovado em: ___/___/___
Banca examinadora

Prof.^a Orientadora: Simone Alves Garcez Guedes

1^a.: Examinadora: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

2^a.: Examinadora: Guadalupe Sales Ferreira

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Simone Alves Garcez Guedes orientadora das discentes Elen Cristina Soares da Silva e Izaura Beatriz Santos Pereira atesto que o trabalho intitulado: “Epidemiologia da Saúde Bucal dos escolares na comunidade quilombola Mussuca em Laranjeiras-SE” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientadora

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA MUSSUCA EM LARANJEIRAS- SE

Elen Cristina Soares da Silva^a, Izaura Beatriz Santos Pereira^a, Simone Alves
Garcez Guedes^b

*(^a) Graduada em Odontologia -Universidade Tiradentes; (^b) Doutoranda em Saúde e Ambiente e
Professora de Saúde Bucal Coletiva da Universidade Tiradentes*

Resumo

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, controle de doenças e promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. Assim, objetivamos determinar a prevalência e a severidade de cárie dentária nos escolares quilombolas do município de Laranjeiras. Os resultados apontam elevados índices de CPO-d na população estudada. Na idade de 12 anos foi encontrada uma média de CPO-D de 3,0625, com predomínio do componente cariado, revelando que o acesso aos serviços odontológicos está aquém do necessário. Enquanto que na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 4,6 com uma maior prevalência do componente obturado sem a queda do número de dentes cariados. Verificamos que a necessidade de prótese dentária é de aproximadamente 22% dos indivíduos de 12 e de 15 a 19 anos de idade. Portanto, concluímos que na comunidade quilombola Mussuca existe uma significativa necessidade de ações no campo de saúde bucal, tanto na promoção de saúde, quanto na sensibilização da população para o autocuidado. Logo, há a necessidade de delinear políticas públicas específicas para este grupo populacional que irão amenizar inequidades presentes no tocante a saúde bucal.

Palavras-Chaves: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Inquéritos de Saúde Bucal; Grupos Etários

Abstract

The epidemiological health diagnosis of a population serves as a basis for guiding health actions in order to better meet the needs of the population, in terms of prevention, disease control and health promotion and prevention of oral diseases. Like this, we aimed to determine the prevalence and severity of dental caries among quilombo students in Laranjeiras. The results point to high CPO-d levels in the studied population, at the age of 12 years, an average of 3.0625 DMFT was found, with a predominance of caries component, revealing that access to dental services is not enough. While in the age group of 15 to 19 years it was 4.6 with a higher prevalence of the plugged component without falling the number of teeth. We verified that the need for dental prostheses is approximately 22% of the individuals examined. Therefore, we conclude that in the Mussuca quilombola community there is a significant need for actions in the field of oral health, both in promoting health and care, and in sensibilization of population of self-care. Therefore, there is a need to public policies for this population group that will soften inequities in oral health.

Keywords: African Continental Ancestry Group; Dental Health Surveys; Age Group

1. Introdução

Comunidades quilombolas formaram-se a partir de povos africanos que fugiam da escravidão, marcada pelos maus-tratos e perseguição dos fazendeiros e autoridades policiais, refugiando-se em vilarejos. Descendentes destes escravos se consideram remanescentes de quilombos, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (ROSA, 2012).

A proteção legal destes grupos étnicos raciais é dada por força do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal de 1988, que confere aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, reconhecimento da propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes títulos respectivos (BRASIL, 1988).

A população alvo deste estudo concentra-se no município de Laranjeiras que está localizado no Leste Sergipano. A comunidade Mussuca é implantada em uma elevação com 70m de altitude na Zona da Cotinguiba, as margens do Rio Cotinguiba; distando 20 km do Centro de Aracaju (KLANK, 2014). O município de Laranjeiras possui população estimada para 2016 de 29.418 habitantes (IBGE, 2016). A população é de 2012 habitantes no Povoado Mussuca em Laranjeiras-SE (INCRA, 2011).

Assegurado pelo Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes quilombolas a comunidade Mussuca recebeu o título de remanescentes quilombolas em 17 de janeiro de 2006, pela fundação Palmares. (BRASIL, 2003)

Portanto, a promoção da saúde como operação e modo de pensar articulado as demais políticas respondem às necessidades sociais em saúde e gera

produção de saúde. Sendo esta feita de maneira transversal, dando prioridade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e valorize o autocuidado (BRASIL, 2010c).

Um grande desafio em saúde pública tem sido as doenças bucais que acontecem nos países de média e baixa renda. Em decorrência do crescimento acelerado das doenças por via oral nestes países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) está trabalhando na conscientização da importância da saúde bucal no mundo. A estratégia recomendada para combater esta situação foi discutida pela OMS e pela ONU em uma reunião conjunta em setembro de 2011 com os chefes de estados de todos os países membros que, por unanimidade, decidiram recomendar que a prevenção das doenças bucais e a promoção da saúde bucal precisa ser integrado tanto com a prevenção das doenças crônicas, como com a promoção da saúde em geral (VIANNA, 2012).

Um estudo de levantamento em saúde bucal em população quilombola no nordeste brasileiro destacou que a prevalência da doença periodontal na população estudada foi considerada alta (75,86%) e que, associada ao edentulismo, implica em necessidades de saúde a serem atendidas em população quilombola no Brasil. Diante do exposto vale ressaltar a importância de ações específicas para a população quilombola nordestina, confirmada pela grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, havendo necessidade de comprometimento social e profissional a esses grupos ainda excluídos (BRUNO et al, 2013).

Um dos princípios da promoção da saúde é a mediação exercida por todos os setores governamentais, inclusive o setor de educação, com objetivo de indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis deveriam ser priorizadas por serem mais fáceis de realizar (Brasil, 2002). A escola por sua vez é espaço para a criação de ambientes saudáveis e

reforço da participação comunitária com alunos e professores, envolvendo as famílias.

É relevante projetos que incluam a promoção de saúde e prevenção de doenças bucais em coletivos como as comunidades quilombolas que é considerada população vulnerável (GOMES et al, 2013).

Neste contexto é que o objetivo deste trabalho foi realizar estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais para crianças e adolescentes, bem como detectar a prevalência e severidade de cárie dentária nos escolares da comunidade quilombola da Mussuca em Laranjeiras-SE.

2. Revisão de Literatura

2.1. População quilombola: Princípios e políticas de saúde Brasileiras

Apesar da Lei Áurea está em vigor desde 1888, a abolição de fato da escravatura não evitou que a história brasileira fosse construída sobre bases desiguais fazendo com que os povos africanos e seus descendentes ocupassem o lugar das classes sociais mais pobres e de condições menos favorecidas. Essa situação é facilmente constada atualmente em indicadores sociais como a imaturidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a prevalência elevada de doenças crônicas e infecciosas, do mesmo modo que os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra, além do racismo silencioso e não declarado que, muitas vezes, é responsável pela discriminação que ocorre em vários setores, inclusive nos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

O processo de escravização de milhões de negros, trazidos do continente africano nos porões dos navios negreiros, marcaram um período longo da nossa história durante o crescimento da sociedade colonial. Não obstante a submissão de diversas formas de violência e conjunturas insalubres de vida e de trabalho, episódios de resistência e luta foram as premissas para

a formação de quilombos, que inicialmente eram sociedades autônomas, transformaram-se em opção de organização social da população negra, espaço de resgate sociocultural, fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíram e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2010a).

Atualmente as populações quilombolas ainda reivindicam a posse e regularização de suas terras, bem como pela igualdade de direitos para alcançar a plena cidadania e a equidade nos serviços de saúde no Brasil. Muitos quilombos são formados por íntimo vínculo familiar, mantendo vivas as tradições religiosas e culturais, estando também ligados à cultura de subsistência e trabalhos rurais, e grande parte depende de programas federais de transferência de renda, como Bolsa família e outros. Estes quilombos estão presentes em todo território nacional. (ROSA, 2012)

A certificação que reconhecia os direitos das comunidades quilombolas e dava acesso aos programas sociais do Governo Federal era dado pela Fundação Cultural Palmares, entidade vinculada ao Ministério da Cultura (MinC), voltada para promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira, que já emitiu mais de 2.474 certificações para comunidades quilombolas em todo o Brasil, assegurado pelo Lei nº 7.668, de 22.08.88. Porém, a partir do Decreto 4883/03 ficou transferida do Ministério da Cultura para o Incra a competência para a delimitação das terras dos remanescentes das comunidades dos quilombos, bem como a determinação de suas demarcações e titulações. (RAMALHO, 2015)

Quanto às políticas de saúde no Brasil, o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo primordial na estratégia de redução da exclusão social, onde o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, sendo coerente com o princípio doutrinário do SUS, esta torna-se muito pertinente (BRASIL, 2010c). Seguindo este preceito, o Programa Brasil

Quilombola foi lançado em 12 de março de 2004, pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) do Governo Federal, objetivando a solidificação dos marcos da política de Estado para comunidades quilombolas, melhorar as condições desfavoráveis de saúde da população negra, eliminar as iniquidades e redução dos agravos que incidem neste grupo populacional, expondo como deve ser a priorização de ações, destinação de recursos e definição de metas para cada órgão do governo da administração pública federal que agrupa as ações voltadas às comunidades em várias áreas, destacando as especificidades e diversidade sociocultural, que precisam ser evidenciadas e valorizadas quando da implantação de políticas públicas para este grupo étnico-racial (BRASIL, 2009). No último censo demográfico, realizado em 2010 do IBGE, a taxa de pretos cresceu de 6,2% para 7,6% (15 milhões de pessoas). O percentual de pardos também se elevou de 38,5% para 43,1% (82 milhões de brasileiros) no mesmo período. Enquanto a população que se autodeclara branca caiu de 53,7% para 47,7% (91 milhões), em comparação com o Censo realizado em 2000. Essa mudança de cenário faz parte de uma mudança cultural, em resposta às políticas sociais para a mudança nos quadros de racismo e exclusão social da população negra, o que acarreta este aumento. Neste mesmo censo foi apontada a grande diferença que existe no acesso a níveis de ensino pela população negra. No grupo de pessoas de 15 a 24 anos que frequentavam o nível superior, 31,1% dos estudantes eram brancos, enquanto apenas 12,8% eram pretos e 13,4% pardos (IBGE, 2010). Considerando o princípio constitucional da equidade, a portaria (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04 do Ministério da Saúde principiou um aumento de 50% no valor dos repasses de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7 e com menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal). Tal valor adicional também foi implementado para equipes

áreas de assentamentos rurais e de quilombolas em municípios que não se enquadravam nos critérios anteriormente descritos. Esse repasse beneficiou 727 municípios para aquelas equipes que cobrem populações de assentamentos rurais e remanescentes de Quilombos (BRASIL, 2004).

Segundo os dados do Atlas Racial Brasileiro (PNUD, 2004), referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, apenas 66% homens negros e 72% mulheres negras tinham acesso à atendimento ambulatorial, enquanto 82% homens brancos e 85% mulheres brancas dispunham do mesmo tipo de serviço. A mesma disparidade ocorre no tocante a medicina suplementar e à assistência odontológica, brancos que tinha direito a um plano de saúde era 2,22 vezes ao de negros e o percentual de negros que nunca foi ao dentista (24%) era quase o dobro do percentual de brancos nessa situação (14%).

A política governamental brasileira para a Saúde Bucal compreendeu que se deve "ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico", garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores a esse tipo de assistência, inclusive com a implantação, pelo setor público, de laboratórios de próteses dentárias de âmbito regional ou municipal. Foi enfatizada a importância de "implementar ações de saúde bucal junto às populações remanescentes de quilombos, após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo quilombola (ROSA, 2012, pág. 18). Freitas et al (2011) concluiu que as políticas públicas em saúde devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva a grupos especiais, de maneira especial às comunidades quilombolas

brasileiras, quadro que deve ser apresentado aos profissionais de saúde para uma reflexão sobre as questões pertinentes às populações quilombolas e suas dificuldades na defesa de seus direitos de acesso à atenção em saúde, levando ao atendimento em serviços de saúde mais consciente por estes profissionais.

A promoção da saúde bucal é uma estratégia rentável para reduzir a carga de doenças bucais e manter a saúde bucal e a qualidade de vida. Também é parte integrante da promoção da saúde em geral, já que a saúde bucal é um fator determinante da saúde geral e da qualidade de vida (VIANNA, 2012)

No final da década de 1978, a Declaração de Alma Ata explicitava a necessidade de estratégias ampliadas e intersectoriais que não fossem centradas apenas na oferta de serviços de saúde, mas que também contemplassem as causas sociais, econômicas e políticas da falta de saúde. A construção da saúde se dá na interdependência de fatores biológicos, comportamentais e culturais por um lado, e fatores materiais, ambientais e estruturais por outro. Esse modelo reforça que o combate às desigualdades em saúde exige ações para fortalecer os indivíduos e comunidades, melhorar o acesso a serviços e o encorajamento de mudanças econômicas e culturais. A educação e motivação são procedimentos extremamente importantes, pois desenvolvem nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção da saúde, ou seja, criando uma disposição para a ação e o autocuidado (BRASIL, 2002).

Em todo o mundo, a prioridade dada à prevenção da doença oral e da promoção de saúde ainda é muito baixa. Em 1986, a chamada Carta de Ottawa sobre Promoção de Saúde sublinha que os serviços de saúde devem ser efetivamente orientados para a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2002).

"Uma pessoa não pode ter uma boa saúde geral sem saúde oral." (VIANNA, 2012, pag. 38).

2.2. Multifatoriedade etiológica das Doenças bucais

A cárie dentária é um problema de saúde bucal socioeconômico e comportamental que afeta pessoas de todas as idades, principalmente as crianças. Ela está relacionada com um desequilíbrio entre as estruturas dentárias e o meio bucal. Caso não seja interceptada no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo. Estudos epidemiológicos apontam que a sua prevalência está associada a diversos fatores, entre os quais higiene oral e alimentação (JESUS et al, 2014; SOUZA, et al, 2012).

No entanto nos estágios avançados da progressão da cárie dentária, ocorre a necrose pulpar onde nessa fase ocorre processos infecciosos agudos nos tecidos ao redor do ápice da raiz, dores e fraturas da coroa dentaria enfraquecida. Nas regiões e países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a promoção de saúde bucal e a serviços odontológicos profissionais, o tratamento ocorre em estágio tardio, é realizado através da exodontia dos dentes afetados. Além da cárie, as doenças periodontais também constituem importante causa de exodontias (ROSA et al, 2012).

As doenças periodontais são: a gengivite (reversível) – quando ocorre inflamação no rebordo gengival e nos tecidos de proteção dentaria, a periodontite (irreversível) – acontece a perda de inserção dos tecidos periodontais (ligamentos periodontais, cemento radicular e osso alveolar), com a presença de bolsa gengival, que levam a mobilidade dentária. Se houver a associação das doenças periodontais com as doenças sistêmicas, poderá agravar ainda mais o comprometimento do elemento dentário, interferindo na resposta do hospedeiro a placa bacteriana. Diferentes micro-organismos são compreendidos como agentes

etiopatogenicos da doença periodontal, portanto, os fatores irritantes locais, com destaque para o biofilme bacteriano, parecem desempenhar um papel fundamental no tocante à predisposição, à instalação e à progressão da doença periodontal (BRUNO et al, 2013).

Neste contexto, o sofrimento ocasionado pelas doenças bucais pode comprometer diversos setores da vida, o desconforto, dores e noites mal dormidas causadas por diversas patologias bucais, afetam a saúde sistêmica e a frequência as atividades escolares e de trabalho, ou seja, a qualidade de vida fica comprometida ocasionando muitas despesas para a sociedade (ROSA et al, 2012).

2.3. Epidemiologia das doenças bucais na população quilombola brasileira

Estudos demonstram que a experiência de cárie dentária é elevada e comportamentos positivos em saúde bucal em descendentes de quilombolas brasileiros é escasso. Por meio de exames clínicos, entrevistas e observações diretas, identificou-se que a prevalência de indivíduos na faixa etária de 1 a 14 anos com cárie foi de 65,2%. O referido percentual dá a entender que a população infantil estudada possui pouco conhecimento sobre saúde bucal. Alguns estudos epidemiológicos sobre a população quilombola têm sido realizados. Entretanto a literatura que aborda a saúde bucal dessas populações quilombolas é escassa (JESUS et al, 2014).

A distribuição desta doença acompanha as desigualdades características das regiões brasileiras. Nas áreas mais desenvolvidas, há uma menor prevalência do agravo, predominam o Índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) e o Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) menores que naquelas menos favorecidas economicamente (SOUZA, et al, 2012). Os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal dos últimos anos têm demonstrado uma tendência ao declínio

na prevalência de cárie no Brasil. Os pesquisadores atribuem uma grande preocupação em relação a epidemiologia da cárie dental para saber quais são as variáveis que podem alterar, para mais, ou para menos, sua prevalência, como, sexo, cor, condições socioeconômicas, nível de escolaridade. O nível social econômico cultural baixo em indivíduos afrodescendentes, a ausência de fluoretação da água de abastecimento nos quilombos, a falta de acesso a programas preventivos torna as pessoas susceptíveis a concentrarem níveis mais elevados de cárie, polarizando a distribuição da doença. (ROSA et al, 2012)

Realizar um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal é de suma importância, já que conhecendo as variáveis envolvidas nele, é possível fazer um melhor planejamento das necessidades odontológicas de um bairro, cidade, comunidade, estado e até mesmo de um país. Esses levantamentos de Saúde Bucal fornecem uma base importante para a estimação do estado atual de uma população e estimativas de suas necessidades futuras e de cuidados com a Saúde Bucal. Eles produzem dados confiáveis para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de Saúde Bucal e para o planejamento do número e do tipo apropriado de pessoal. Além disso, servem para avaliar ações de saúde, inferir sobre a eficácia geral dos serviços e realizar comparações de prevalências em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas. (ROSA et al, 2012)

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo de campo descritivo com abordagem quantitativa.

3.2. População de estudo

A população é de 2012 habitantes no Povoado Mussuca em Laranjeiras-SE (INCRA, 2011). O município de Laranjeiras possui população estimada

para 2016 de 29.418 habitantes (IBGE, 2016)

3.3. Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo todos os indivíduos de 12 anos de idade e da faixa etária de 15 a 19 anos de idade, de ambos os gêneros da população quilombola selecionada

3.4. Critérios de exclusão

Serão excluídos os hospitalizados e aqueles que sejam portadores de deficiência mental e/ou auditiva, e pessoas que não se encontrar em casa nos dias e horários de aplicação da pesquisa

3.5. Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes - SE sob parecer substanciado de N°. 1.286.447/2015, atendendo aos termos da resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os participantes que concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, que previamente será lido e explicado. Por se tratar de menores este termo será assinado pelo responsável legal.

Além da aprovação através do TCLE pelo responsável legal, será necessária a assinatura do termo de assentimento do escolar com explicação clara sobre os procedimentos da pesquisa.

3.6. Procedimentos

A coleta dos dados clínicos odontológicos realizada sob luz natural, utilizando-se de ferramentas preconizadas pela OMS (1999): espátula (para auxílio de visualização do palato mole, unidades dentárias, funcionalidade lingual) e luvas (para inspeção intra-oral). Foram utilizados materiais esterilizados compostos por espelhos bucais planos, espátulas de madeira, pinças clínicas, além de sonda OMS. Os critérios de diagnóstico foram aqueles do Projeto SB-2010. O que difere do SB

Brasil é que foi realizado a necessidade de prótese também na idade de 12 anos. (Brasil, 2010b).

O exame bucal foi realizado em local amplo e com iluminação natural, por um examinador discente de odontologia, devidamente calibrado, reproduzindo a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) para a realização de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. Utilizaram-se os índices CPO-D, para registro da experiência de cárie em dentes permanentes com o escolar sentado e com a cabeça apoiada para trás, ficando o examinador posicionado em pé, em frente ao paciente.

3.7. Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, conduzida com cálculo da prevalência e severidade da cárie dentária na idade de 12 anos de idade e na faixa etária de 15 a 19 anos. Foi realizado cálculo das médias de dentes hígidos, cariados, perdidos, restaurados e índice CPO-D. Do índice de necessidade e uso de prótese, além do índice da OMS de condição e necessidade de tratamento.

4. Resultados e Discussão

Este é o resultado parcial de levantamento epidemiológico de cárie dentária dos escolares quilombolas do remanescente Mussuca, em Laranjeiras/SE, foram examinados 31 indivíduos, 16 do gênero feminino e 15 do gênero masculino, 16 na idade de 12 anos, 15 na faixa etária de 15 a 19 anos, para determinar a prevalência e severidade da cárie dentária. (Figura 1). Os resultados apontam elevados índices de CPO-d na população estudada (Figura 3), tendo por parâmetro, a média nacional registrada pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2010), realizada em 2010, cujo CPO-d foi 2,1 aos 12 anos, correspondendo à mencionada redução de 25% quando comparada à média do levantamento de 2003, CPO-d 2,8 (BRASIL, 2010b). O SB Brasil 2010 foi

realizado em 177 municípios e analisou a condição de cárie dentária nos brasileiros sendo que não houve distinção de cor referida.

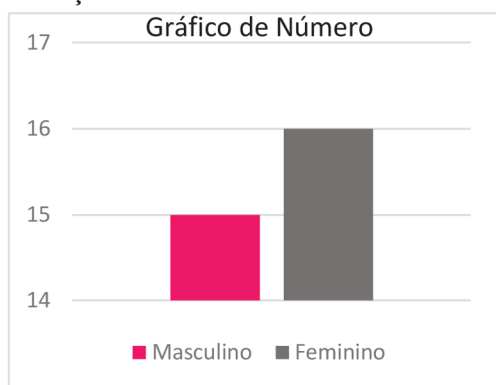


Figura 1: Número de escolares quilombolas examinados do remanescente Mussuca distribuídos por gênero, em Laranjeiras/SE (2016)

No SB Brasil 2010, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,2, exatamente o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO-d entre 12 e 15-19 anos tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando-se com 2003, contudo, a redução no componente cariado foi de 39% (de 2,8 dentes em 2003 para 1,7 em 2010) (BRASIL, 2010). No presente estudo a média do CPO-d na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 4,666667, sendo essa acima dos resultados do SB Brasil 2010 (Figura 2).

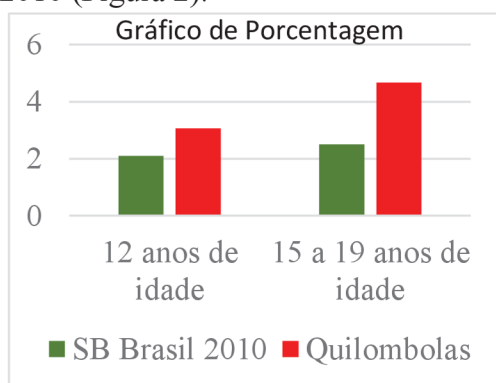


Figura 2: Comparação entre os índices CPO-d das escolares quilombolas da Mussuca e adolescentes brasileiros segundo o SB Brasil 2010 (2016)

Na população do presente estudo com idade de 12 anos foi encontrado uma

média de CPO-D de 3,0625 (Figura 2), com predomínio do componente cariado, revelando que o acesso aos serviços odontológicos está aquém do necessário. Entre 15 e 19 anos de idade há uma maior prevalência do componente obturado sem a queda do número de dentes cariados, o que demonstra a progressão constante da doença cárie neste grupo populacional.

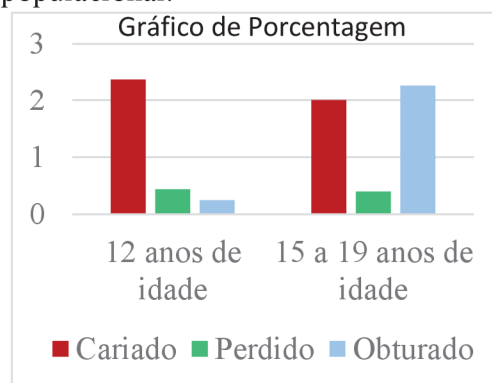


Figura 3: Distribuição da média de Índice de Cárie nos escolares quilombolas da Mussuca em Laranjeiras/SE (2016)

Mais um dado importante diz respeito à necessidade de prótese, que se faz presente em todas as faixas etárias e ambos arcos dentais, porém nenhum dos voluntários fazia uso da mesma no momento da coleta dos dados. (Figura 4).



Figura 4: Necessidade e uso de prótese de escolares quilombolas da Mussuca em Laranjeiras/SE (2016)

Segundo Motta et al (2014) estas ausências dentárias podem resultar em problemas na fonação das palavras e alterações psicológicas como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação, podendo gerar também a

falta de aceitação da aparência e dificuldades de socialização. Essa perda dentária precoce também gera complicações sistêmicas, pois a redução da capacidade mastigatória restringe a ingestão de importantes nutrientes que devem estar presentes numa dieta balanceada, em decorrência da modificação dos hábitos alimentares.

Os dados trazidos nos gráficos também podem estar relacionados à necessidade de programas que enfoquem a promoção de saúde bucal nessas comunidades, pois como Freitas et al (2011) em revisão sobre saúde da população quilombola, já havia comentado sobre a existência de uma grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, havendo necessidade de comprometimento social e profissional a esses grupos ainda excluídos, para que haja declínio dos índices de cárie dentária, inclusive com redução dos índices de edentulismo que é o fator de provável aumento do CPO-d em adultos e idosos. Alguns estudos em populações quilombolas confirmam essa tendência de aumento da cárie dentária, com a idade e principalmente, a partir da idade adulta. Verificaram que a perda dentária iniciando precocemente como já ocorre no presente estudo (Figura 3) e aumentando com o avançar da idade demonstra que os serviços oferecidos ainda são incapazes de limitar os danos causados pela cárie dentária por ausência de programas preventivos e curativos eficientes. (ROSA, 2012)

Rodrigues et al (2011) perceberam que pais e filhos quilombolas possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal, assim observa-se a necessidade de maior atenção à saúde bucal nessas comunidades, por meio de frequentes ações de educação e promoção de saúde bucal. Uma vez que a perda dentária teve início precocemente e aumentou com o avançar da idade estas pessoas também possuem outras necessidades de tratamento acumuladas. Desse modo, a procura por atendimento ainda continua a ser pelo motivo dor, tendo como solução a exodontia, por ser alternativa mais viável para os indivíduos. De modo consequente, há ampla discussão a fim de se garantir o estabelecimento de um

programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo quilombola.

É fundamental que todos os profissionais de saúde despertem para este grande desafio, e possam se unir numa corrente inter, multi e transdisciplinar, aumentando a proximidade a importantes grupos de brasileiros que, por uma motivação triste de nosso passado, estiveram e ainda estão excluídos do processo atual de desenvolvimento (FREITAS et al, 2011).

5. Considerações Finais

Os resultados do presente estudo podem demonstrar que na comunidade quilombola Mussuca existe necessidade de maior enfoque e desenvolvimento de ações no campo da saúde bucal, tanto na promoção e cuidados para crianças e adolescentes quanto na sensibilização da população quanto ao autocuidado, o que incentiva a procura por atendimento odontológico precoce, atenuando o aumento de tratamento mutilador, como a exodontia precoce. Vale ressaltar que nesta comunidade específica encontramos apenas um cirurgião dentista para toda população, mas, possivelmente sem um modelo de valorização da saúde bucal. Existe, portanto, a necessidade de delinear políticas públicas específicas para este grupo populacional que possam contribuir para melhor qualidade de saúde bucal.

Da mesma forma é de suma importância que os programas educativos sejam implementados por intermédio de políticas públicas de saúde, utilizando estratégias de promoção de saúde mais adequadas à realidade dos infantes para se obter uma redução mais significativa no índice de cárie dentária, com o objetivo de mudança da realidade da saúde bucal entre as crianças remanescentes quilombolas, obtendo estratégias de promoção de saúde mais adequadas, onde poderão diminuir

consideravelmente o índice de cárie dentária.

Assim, para promover saúde bucal de modo efetivo, é preciso conhecer a distribuição dos agravos e das necessidades de tratamento dentário preventivo e restaurador para assim prever e planejar ações de saúde específicas e adequadas às necessidades, além de poder avaliar as ações desenvolvidas.

Referências

1. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.
2. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas racial brasileiro** s.l; s.n; 2004.
3. BRASIL. Decreto nº. 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 nov. 2003. p. 4.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.434/GM de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 2004; Seção 1: 36.
5. 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, 2010a
6. BRASIL. Ministério da saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010-2011. Resultados principais. Brasília-DF, 2010b
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto

- Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c
 9. 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. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos/pbq.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.
 10. BRUNO, IF; JAMILLE, AAR; MELO, CM; OLIVEIRA, CCC. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 33-39, fev. 2013. ISSN 2316-3798. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/447/215>>. Acesso em: 06 de outubro de 2016.
 11. FREITAS, DA; CALDEIRA, TCR; SIVEIRA, JCS; PEREIRA, ACA; SANTOS, JS; ANTUNES, SLNO. Educação sobre saúde bucal em comunidade rural quilombola: relato de experiência. **EFDeportes.com**, Año 16, Nº 161, outubro de 2011
 12. GOMES, KO; REIS EA; GUIMARÃES MDC; CHERCHIGLIA ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, set. 2013
 13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529_cap9.pdf. Acessado em 12 de outubro de 2016.
 14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_2016_TCU.pdf. Acessado em 12 de outubro de 2016.
 15. INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária [Internet]. **Estrutura Fundiária: Quilombolas** [acesso em 7 de outubro de 2016]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br>. 2011
 16. JESUS, V.S. Freitas DA; Sousa AAD; IS Silva Camargo CL; Brito AMG; Silva JC. Saúde da criança remanescente quilombola: uma retrospectiva bibliográfica. **EFDeportes.com**, 2014
 17. KLANK, FA; **Estudo etnofarmacológico e avaliação de atividade antinociceptiva de plantas medicinais da comunidade quilombola Mussuca, Laranjeiras/SE**. São Cristóvão, SE, 2014. 102p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente). Universidade Federal de Sergipe.
 18. MOTTA, BB; NOGUEIRA, AV; TOASSI, R FC. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Odontol**, 50(4): 170-177p. out/dez 2014
 19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal, manual de instruções**. 4. Ed. São Paulo: Santos, 1999. 66p.

20. RAMALHO A. A. **As comunidades remanescentes quilombolas no roteiro da missão cruls: o (re) conhecer do território**, Uberlândia, MG, 2015. 209p. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia.
21. RODRIGUES, AS; LUCAS, MG; CERQUEIRA, STS; BRAGA, AS; VAZ, LG. Educação em saúde em comunidades quilombolas. Porto Alegre. RGO - **Rev Gaúcha Odontol**, v. 59, n. 3, p. 445-451, 2011.
22. ROSA, JAA **Epidemiologia da saúde bucal na comunidade quilombola patioba Sergipe/Brasil**, Aracaju, SE, 2012. 79p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes.
23. SOUZA, MCA; CASOTTI, E; BELLOR, F; MARQUES AS; NÓRA MB. Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência, Brasil, **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2012; 14(2): 25-30p., 2012
24. VIANNA, RBC. **Aspectos Epidemiológicos das Doenças Não Transmissíveis e sua relação com a saúde bucal**. Rio de Janeiro, RJ, 2012. Dissertação elaborada para concorrer a posição de Acadêmico Titular da Academia Brasileira de Odontologia. Academia Brasileira de Odontologia