



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO NORTE DO TOCANTINS - UFNT**  
**CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMANDAS POPULARES E**  
**DINÂMICAS REGIONAIS - PPGDIRE**

**JOÃO NIVALDO PEREIRA GOIS**

**SAÚDE BUCAL COMO INDICADOR DE DESIGUALDADES SOCIAIS EM**  
**COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORTE DO TOCANTINS: UM**  
**ESTUDO BASEADO NA POPULAÇÃO INFANTIL**

Araguaína/TO  
2024

João Nivaldo Pereira Gois

**Saúde bucal como indicador de desigualdades sociais em comunidades quilombolas  
no Norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, da Universidade Federal do Norte do Tocantins-UFNT, Câmpus Araguaína.

**Área de Concentração:** Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

**Subárea de concentração:** Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

**Linha de Pesquisa:** Vulnerabilidade e Dinâmicas Regionais.

**Orientador(a):** Prof(a). Dr(a). Sabrina Guimarães Paiva

Araguaína/TO  
2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

P436s Pereira Gois, João Nivaldo.

Saúde bucal como indicador de desigualdades sociais em comunidades quilombolas no Norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil. / João Nivaldo Pereira Gois. – Araguaína, TO, 2024.

147 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, 2024.

Orientadora : Sabrina Guimarães Paiva

1. Saúde bucal. 2. Quilombos. 3. Desigualdade social. 4. População infantil. I. Título

**CDD 711.4**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

JOÃO NIVALDO PEREIRA GOIS

**SAÚDE BUCAL COMO INDICADOR DE DESIGUALDADES SOCIAIS  
EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORTE DO TOCANTINS:  
UM ESTUDO BASEADO NA POPULAÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT) - Campus Universitário de Araguaína, Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais - PPGDIRE. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia, tendo como subárea Demandas Populares e Dinâmicas Regionais e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 08/03/2024

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente  
 **SABRINA GUIMARAES PAIVA**  
Data: 12/04/2024 19:35:28-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Sabrina Guimarães Paiva (Orientadora PPGDIRE/UFNT)

Documento assinado digitalmente  
 **LILYAN ROSMERY LUIZAGA DE MONTEIRO**  
Data: 15/04/2024 13:30:23-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Lilyan Luizaga de Monteiro (Membro Interno – UFNT/PPGDire)

Documento assinado digitalmente  
 **SILVIENE FABIANA DE OLIVEIRA**  
Data: 17/04/2024 09:13:04-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Silviene Fabiana de Oliveira (Membro Externo – UNB)

*“E tudo quanto fizerdes, fazei-o  
de todo o coração, como para o  
Senhor e não para homens”  
**Colossenses 3:23***

## AGRADECIMENTO

*Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por tantas bênçãos em minha vida, e por ele segurar na minha mão e me fazer entender que Nele eu posso todas coisas, obrigado Jesus por me guiar e me conceder a sabedoria que vem somente do Senhor!*

*Agradeço a minha esposa Kelly Oliveira por cuidar tão bem de mim, esteve comigo em todos os momentos desde o primeiro momento onde decidi me inscrever para o processo seletivo, minha secretária particular sempre conferindo meus e-mails, imprimindo os materiais de cada disciplina, me acompanhou e me ajudou em todo esse processo, sempre respeitando meu momento de estudo e solitude. Meu bem, você foi essencial para essa caminhada se tornar mais leve, sempre me incentivando e quando eu dizia que ia desistir, com um sorriso no rosto você sempre falava “DESITIR NÃO EXISTE NO SEU DICIONÁRIO”, muita gratidão por tudo.*

*Agradeço também ao meu filho João Otávio, que trouxe mais alegria para minnha vida e deixou ela mais doce, filho sua vinda neste tempo foi mais uma confirmação do cuidado de Deus. A minha mãezinha Luzinete (Lú) esse é mais um sonho nosso realizado, obrigado a toda minha família que de alguma forma me ajudou para que chegasse até aqui.*

*Aos professores do PPGDire, o meu mais sincero agradecimento. Muito obrigado por todo zelo e rigor pela pesquisa científica, eu jamais serei o mesmo após esse mestrado, me tornei mais humano, vejo a cidade com outros olhos, graças ao amor que cada um de vocês tem pela docência.*

*A minha querida e eterna orientadora Professora Dr<sup>a</sup> Sabrina Guimarães Paiva, professora não tenho palavras para descrever o quão grato sou por tudo, você foi resposta das minhas orações, muito obrigado pela paciência e digo que paciência, nunca vou me esquecer do primeiro texto que lhe enviei a resposta no email foi “ o seu trabalho mais parece uma colcha de retalho” confesso que quase chorei, mas tudo serviu de grande lição e hoje estou aqui comemorando uma grande vitória e com um texto lindo e muito bem escrito, além de professora você é um ser humano incrível que ama e me ensinou amar a pesquisa.*

*Aos meus colegas da 6<sup>a</sup> turma do PPGDire, por estarem sempre juntos um ajudando o outro, vocês são bençãos meus amigos.*

*Um agradecimento especial à Comunidade Quilombola Cocalinho em nome da Dona Neuma e Maria das Graças, e a Comunidade Quilombola Dona Juscelina em nome do Manoel Filho e da Sara, como sou feliz por ter conhecido essas comunidades, eu tenho muito orgulho das amizades que fiz durante esses dois anos.*

*Para finalizar e não menos importante, quero agradecer a todos os meus alunos do curso de odontologia da FACIT, aos colegas do IFTO, que embarcaram comigo nessa pesquisa, sem vocês o caminho teria sido muito difícil.*

## RESUMO

A compreensão do processo saúde-doença persiste como um desafio, principalmente pelas desigualdades sociais sedimentadas em nossa sociedade. Considerando as desigualdades étnico-sociais, destacam-se as comunidades tradicionais denominadas quilombolas. Ao longo da história, essas comunidades heterogêneas foram formadas por diferentes processos de resistência à escravidão e relacionadas à inexistência de políticas de integração social, além de precária assistência à saúde. Dentre as desigualdades observadas nas populações quilombolas, os elevados índices de morbidade infantil continuam impactando diretamente a saúde das crianças. As doenças bucais estão entre as mais prevalentes em todo o mundo, representando uma influência nos processos de desenvolvimento, crescimento e aprendizagem da população infantil, com repercussões na vida adulta. O objetivo desta pesquisa foi descrever a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças na faixa etária de 5 e 12 anos de duas comunidades quilombolas localizadas no norte do Tocantins, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais afetam, ou não, o risco de desenvolvimento de problemas bucais. O estudo consistiu em uma pesquisa de campo dividida em uma etapa descritiva observacional e uma etapa observacional analítica, utilizando as premissas da "Teoria das Condições Sociais como Causa Fundamental de Doenças" e métodos validados para a coleta de parâmetros sociodemográficos e clínico-odontológicos CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e ceo-d (cariado, extração indicada e obturado). Tratam-se de comunidades com baixa densidade populacional, o que implicou em um recrutamento de 38 crianças e seus respectivos responsáveis. Os resultados finais obtidos a partir da análise dos índices CPO-D e ceo-d indicaram que das 16 crianças da comunidade de Cocalinho apresentaram um elevado índice de cáries, esse cenário foi mais proeminente entre as crianças de 5 anos, que apresentaram um índice de 6,8, classificado como muito alto. Por outro lado, na comunidade Dona Juscelina, os índices de cáries foram mais baixos. Ressalta-se que a renda mais elevada dos participantes foi associada a índices de cárie mais baixos, sugerindo que a autonomia financeira possivelmente está relacionada a uma melhor qualidade de vida e saúde bucal. De fato, a relação entre renda e cárie dentária reforça a importância de identificar e considerar como "causas fundamentais" as condições em que as crianças vivem, sendo afetadas pelas desigualdades sociais do seu ambiente, visto que muitas dessas crianças não são cuidadas pelos pais, estão inseridos em uma outra configuração familiar são cuidados por avós, tios, madrinhãs. Os índices bucais observados em Cocalinho estão acima da média para a região Norte e Brasil, o que sinaliza uma possível polarização dos problemas bucais e uma investigação mais ampla dos problemas bucais nessas comunidades.

**Palavras-chaves:** Saúde bucal, Quilombos, Desigualdade social, População infantil.

## ABSTRACT

Understanding the health-disease process remains a challenge, mainly due to the social inequalities established in our society. Considering ethnic-social inequalities, traditional communities called quilombolas stand out. Throughout history, these heterogeneous communities were formed by different processes of resistance to slavery and related to the lack of social integration policies, in addition to precarious health care. Among the inequalities observed in quilombola populations, high rates of child morbidity continue to directly impact children's health. Oral diseases are among the most prevalent worldwide, representing an influence on the development, growth and learning processes of the child population, with repercussions in adult life. The objective of this research was to describe the distribution of factors associated with the oral health condition of children aged 5 and 12 years from two quilombola communities located in the north of Tocantins, in order to problematize and discuss how social inequalities affect, or not, the risk of developing oral problems. The study consisted of field research divided into a descriptive observational stage and an observational analytical stage, using the premises of the "Theory of Social Conditions as a Fundamental Cause of Diseases" and validated methods for collecting sociodemographic and clinical-dental parameters CPO- D (Decayed, Missing and Filled Teeth) and ceo-d (decayed, extraction recommended and filled). These are communities with low population density, which resulted in the recruitment of 38 children and their respective guardians. The final results obtained from the analysis of the DMFT and dmft indices indicated that of the 16 children from the Cocalinho community, they had a high rate of cavities. 6.8, classified as very high. On the other hand, in the Dona Juscelina community, cavity rates were lower. It is noteworthy that the participants' higher income was associated with lower caries rates, suggesting that financial autonomy is possibly related to a better quality of life and oral health. In fact, the relationship between income and tooth decay reinforces the importance of identifying and considering as "fundamental causes" the conditions in which children live, being affected by social inequalities in their environment, given that many of these children are not cared for by their parents, They are inserted in another family configuration and are looked after by grandparents, uncles and godmothers. The oral indices observed in Cocalinho are above the average for the North region and Brazil, which signals a possible polarization of oral problems and a broader investigation of oral problems in these communities.

**Keywords:** Oral health, Quilombos, Social inequality, Child population.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1-</b> Esquema didático dos Determinantes Sociais de Saúde segundo o modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD (1991).....	31
<b>Figura 2</b> -Evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil.....	60
<b>Figura 3</b> -Execução do exame clínico-odontológico à luz natural na sede da associação quilombola Cocalinho .....	69
<b>Figura 4</b> -Execução do exame clínico-odontológico à luz natural no domicílio de um dos participantes de Dona Juscelina.....	70

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1-</b> Distribuição do quantitativo de crianças de 5 anos e 12 anos de acordo com o gênero nas comunidades quilombolas estudadas.....	75
<b>Tabela 2-</b> Distribuição das categorias dos responsáveis pelas crianças participantes do estudo.....	75
<b>Tabela 3-</b> Distribuição das categorias de Participação em programas do governo .....	79
<b>Tabela 4-</b> Distribuição das características relacionadas ao nível de escolaridade dos responsáveis e crianças participantes nas comunidades do estudo.....	85
<b>Tabela 5-</b> Média comparativa dos componentes cariados, perdido e restaurado do índice ceod das crianças de 5 anos de Cocalinho e Dona Juscelina, em relação ao índice do SB Brasil para a capital do estado do Tocantins (Palmas), a região Norte e o Brasil.....	92
<b>Tabela 6-</b> Média comparativa dos componentes cariado, perdido e restaurado do índice CPOD das crianças de 12 anos de Cocalinho e Dona Juscelina, em relação ao índice do SB Brasil para a capital do estado do Tocantins (Palmas), a região Norte e o Brasil. ...	92
<b>Tabela 7-</b> Distribuição do perfil de utilização de serviços odontológicos e estado de saúde bucal dos participantes .....	100

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> -Distribuição das condições socioeconômicas dos participantes do estudo na comunidade quilombola Cocalinho .....	77
<b>Gráfico 2</b> -Distribuição das condições socioeconômicas dos participantes do estudo na comunidades quilombola Dona Juscelina.....	77
<b>Gráfico 3</b> -Distribuição das categorias referentes ao tipo de acesso à água nos domicílios dos participantes do estudo nas comunidades estudadas.....	82
<b>Gráfico 4</b> - Quantidade de anos de estudo do responsável das crianças, comunidade Cocalinho.....	84
<b>Gráfico 5</b> – Quantidade de anos de estudo do responsável das crianças, comunidade Dona Juscelina .....	85
<b>Gráfico 6</b> -Distribuição dos resultados do ceo-d/CPO-D das faixas etárias estudadas (total) das duas comunidade. ....	88
<b>Gráfico 7</b> -Distribuição dos resultados do ceo-d da faixa etária 5 anos das duas comunidades quilombolas estudadas.....	88
<b>Gráfico 8</b> -Distribuição dos resultados do CPO-D 12 anos das duas comunidades estudadas.....	89
<b>Gráfico 9</b> -Distribuição da condição das escovas dentais avaliadas de acordo com método Rawls na Comunidade Cocalinho e na Comunidade Dona Juscelina .....	95
<b>Gráfico 10</b> -Distribuição da Condição da higiene bucal das duas comunidades.....	98

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1-</b> Modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença, de acordo com Arredondo (1992) .....	23
<b>Quadro 2-</b> Distribuição dos povos tradicionais do Brasil de acordo com Decreto nº 8.750/2016. ....	43
<b>Quadro 3-</b> Os avanços das políticas implementadas para a saúde da criança em diferentes décadas.....	52
<b>Quadro 4-</b> Distribuição de políticas públicas aplicadas em comunidades quilombolas do Tocantins de acordo com eixo temático e ano de elaboração.....	58
<b>Quadro 5-</b> Métodos e Técnicas utilizados no presente estudo .....	63
<b>Quadro 6-</b> Natureza dos dados, técnicas de análise e variáveis de investigação .....	73

## **LISTA DE MAPAS**

<b>Mapa 1</b> -Distribuição dos Territórios Quilombolas oficialmente delimitados, por status fundiário – 2022 .....	48
<b>Mapa 2</b> -Distribuição do quantitativo de indivíduos declarados quilombolas .....	49
<b>Mapa 3</b> -Mapa da localização das comunidades quilombolas Cocalinho, localizada no município de Santa Fé do Araguaia e Dona Juscelina, no município de Muricilândia, ambas no estado do Tocantins. ....	66
<b>Mapa 4</b> -Localização das redes de estabelecimento de Saúde bucal nas cidades de Santa Fé do Araguaia e Muricilândia-TO .....	102

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABA:** Associação Brasileira de Antropologia

**ADTC:** Ato das disposições constitucionais transitorias

**CDSS:** Comissão para os determinantes sociais da saúde

**Ceo-d:** cariado, extração indicada e obturado (dentição decídua)

**CNE:** Conselho Nacional de Educação

**CNSB:** Conferência Nacional de Saúde Bucal

**CPO-D:** Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (dentição permanente)

**DCNTs:** Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DSS:** Determinantes sociais da saúde

**ECAN:** Equipe de conservação da Amazônia

**EEEQ:** Escolas de Educação Escolar Quilombola

**EPI:** Equipamento de proteção individual

**EQE:** Ensino de Quilombo das Escolas

**ESF:** Estratégia da saúde da família

**FCP:** Fundação cultural dos palmares

**IDH:** Índice de desenvolvimento humano

**INCRA:** Instituto nacional de colonização e reforma agrária

**OMS:** Organização mundial da saúde

**OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde

**PAC:** Programa de Aceleração do Crescimento

**PCTs:** Povos e Comunidades Tradicionais

**PNSB:** Política Nacional de Saúde Bucal

**SB BRASIL:** Saúde Bucal no Brasil

**SEPPPIR:** Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

**SSE:** Status socioeconômico

**SUS:** Sistema único de saúde

**TCF:** Teoria das Causas Fundamentais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 Objetivo geral .....	20
1.2 Objetivos específicos .....	20
<b>2 – O PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
2.1 Modelos interpretativos do processo saúde-doença .....	22
2.2 Desigualdades e iniquidades em saúde .....	33
2.3 Teoria das condições sociais como causa fundamental de doenças .....	36
<b>3 – DOS QUILOMBOS ÀS COMUNIDADES QUILOMBOLAS .....</b>	<b>42</b>
3.1 Diversidade de comunidades quilombolas .....	42
3.2 Infância quilombola.....	50
<b>4 – POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>54</b>
4.1 Políticas públicas para população negra .....	54
4.2 Saúde bucal .....	59
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>62</b>
5.1 Tipo do estudo.....	62
5.2 Aspectos éticos.....	64
5.3 Local do estudo: Comunidades quilombolas Cocalinho e Dona Juscelina .....	65
5.4 Critério de inclusão .....	66
5.5 Critério de exclusão.....	67
5.6 Tamanho da amostra .....	67
5.7 Calibração da equipe.....	67
5.8 Calibração da equipe para a aplicação dos questionários (sociodemográficos e morbidade bucal referida) .....	68
5.9 Coleta de dados.....	68
5.10 Instrumentos de coleta de dados e variáveis de investigação.....	70
5.10.1 Cárie dentária e necessidade de tratamento.....	70

5.10.2 Demografia, condição socioeconômica, acesso e utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impacto em saúde bucal .....	71
5.10.3 Caracterização demográfica e socioeconômica da família e informações sobre o domicílio .....	71
5.10.4 Sexo, idade, cor ou raça e escolaridade .....	72
5.10.5 Condição das escovas dentais .....	72
5.10.6 Identificação de equipamentos urbanos e condições de moradia .....	72
5.11 Análise de dados .....	74
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>74</b>
6.1 Condições sociais/ econômicas e domiciliares.....	77
6.2 Análises clínico-odontológicas .....	88
6.3 Hábitos (condições das escova e de higiene) .....	94
6.4 Utilização de serviços de saúde.....	99
6.5 Inferências de políticas públicas na saúde bucal e a Teoria da Causas Fundamentais.....	105
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE 1 ( TCLE para responsáveis).....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE 2 (Termo de Assentimento, 5 Anos) .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE 3 (Termo de Assentimento 12 Anos) .....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE 4 (Convite para Participar da pesquisa Cocalinho) .....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE 5 (Convite para participar da pesquisa Dona Juscelina) .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO 1( Parecer consubstanciado do CEP) .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO 2 (Ficha de exame clínico/ Questionário) .....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença persiste como um desafio, principalmente pelas desigualdades sociais sedimentadas em nossa sociedade. Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se evidentes seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos populacionais, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis e serviços no sistema de saúde (BARRETO, 2017).

No campo da saúde, as doenças bucais estão entre as mais prevalentes em todo o mundo, representando uma expressão da “biologia da desigualdade” (GUIOTOKU *et al.*, 2012). A pobreza, a baixa escolaridade e a menor inserção no mercado de trabalho evidenciam marcas dentárias que exprimem uma realidade ainda pouco estudada nos seus aspectos estruturais. Por esses motivos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem a saúde bucal como um dos temas prioritários (OMS, 2003; WATT *et al.*, 2018). Embora as doenças bucais sejam evitáveis, elas apresentam elevada prevalência, refletindo um arcabouço econômico e social, financiamentos insuficientes para prevenção e tratamento, principalmente em países de baixa e média renda. Como acontece com a maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as condições bucais são crônicas e fortemente padronizadas socialmente (PERES *et al.*, 2019).

Considerando as desigualdades étnico-sociais, esse cenário se torna ainda mais complexo. O Brasil apresenta a maior população autodeclarada negra (preta e parda) fora do continente africano. Aproximadamente mais de 50% da população se declara negra ou parda, e devido à miscigenação histórica com diferentes grupos populacionais, principalmente europeus e indígenas, essa população negra brasileira é marcada por características únicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), tanto de natureza biológica quanto sociocultural. Tais características refletem aspectos na organização das relações sociais e de poder estabelecidas pela história, bem como os modelos políticos adotados na distribuição das riquezas nacionais por meio de sistemas fiscais e de transferência, esses modelos podem gerar distanciamentos distributivos maiores ou menores entre os grupos sociais existentes. Aliado a isso, os componentes culturais contribuíram para uma amplificação das desigualdades existentes (BARRETO, 2017).

Entre as populações autodeclaradas negras no nosso país, tem-se as comunidades tradicionais denominadas quilombos. Historicamente são comunidades heterogêneas, formadas por diferentes processos de resistência à escravização (SCHIMITT *et al.*, 2002) e inexistência de políticas de integração social. Os escravizados de origem africana resistiram ao cativeiro de diversas formas, como aborto, suicídio, redução da capacidade e qualidade do trabalho (NEME; ANDRADE, 1987), mas a fuga e o refúgio em lugares de difícil acesso, formando os quilombos, era a maneira que os escravos encontravam de se livrarem da escravidão. De acordo com a Fundação Cultural Palmares, foram certificadas no país 3.591 comunidades quilombolas no Brasil (FCP, 2023). O Censo Demográfico 2022 inovou ao investigar, pela primeira vez na história, o pertencimento étnico quilombola dos residentes em localidades quilombolas e recenseou 1 327 802 pessoas quilombolas em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal (IBGE, 2022).

Apesar do reconhecimento, na Constituição Federal do Brasil de 1988, da diversidade étnico-racial de sua população e do dever do Estado de proteger os modos de vida, fazer e criar, os bens de natureza material e imaterial associados à identidade e à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira o texto constitucional não forneceu uma definição explícita para os termos “remanescentes de comunidades dos quilombos” ou de “terras tradicionalmente ocupadas” (IBGE, 2022).

De acordo como o Decreto 4.887, artigo 2º, de 20 de novembro de 2003, remanescentes de quilombos são "grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida". A partir desse decreto, o termo “remanescentes de comunidades de quilombos” foi sendo gradualmente substituído pelo termo “quilombolas” nas referências a esse grupo populacional, considerando-se que a ideia de “remanescentes” está associada a um passado do qual “sobraram” determinadas pessoas com características em comum. No entanto, essa ideia é fortemente questionada pelas organizações representantes da população quilombola, que afirmam sua existência no tempo presente (IBGE, 2022). Na atualidade há registros e vestígios da presença de comunidades quilombolas em todas as regiões do Brasil, com exceção dos estados do Acre e Roraima (FCP, 2023).

Reconhece-se desde já, que “quilombo”, nas suas variações de termos e significados, não pode ser tratado somente como um fato do passado, ou ser reduzido no

espaço e/ou no tempo. Essas comunidades apresentam uma diversidade em sua formação e composição populacional (PAIVA *et al.*, 2020).

Ressalta-se que a sociedade brasileira incorpora um processo de racismo estrutural facilmente constatado pelo lugar que o negro ocupa na sociedade, em extratos sociais e econômicos mais baixos, o que demonstra uma íntima associação entre classe socioeconômica e a autodeclaração étnico-racial. A herança histórica de opressão projeta impactos em diferentes aspectos, não somente na posição social. Sabemos que oficialmente a abolição da escravatura ocorreu em 1888, no entanto os negros não tinham conquistado uma verdadeira autonomia, ou seja foi uma liberdade intitucionalizada que não os impediu de que vários destes negros trabalhassem apenas em troca de alimentação e abrigo. Foram protagonistas das maiores lutas na história do país que é a luta pela terra, porém este povo sofre exclusão até a atualidade, não recebem direitos básicos como educação, saúde e transporte público, e a demora no processo de demarcações facilita a ocorrência de expropriações de terras, influenciado pela visibilidade internacional, processo que sempre ocorreu nas pequenas famílias de camponeses, forçando assim a migração para o espaço urbano (LIRA; XAVIER, 2017).

O impacto no estado de saúde observado pela falta de acesso à saúde, e condições adequadas de moradia e saneamento básico ilustram a vulnerabilidade<sup>1</sup> da população, e marcam a exclusão e marginalização desses grupos. Observa-se que ao longo da história, epidemias tem demonstrado que as doenças não atingem as populações de um modo democrático. Diversos fatores demonstram a coincidência entre desigualdades econômica e étnico-raciais, ficando evidente que a população mais pobre é a população negra, como aqueles fatores relacionados à escolaridade, renda, acesso ao saneamento básico (PEREIRA, 2016).

De fato, existe uma desigualdade no estado de saúde entre os diferentes grupos étnico-raciais, associada a fatores biológicos quanto socioambientais. E nesse sentido, essa desigualdade se mostrou ainda mais evidente na presente pandemia da COVID-19<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> O conceito de vulnerabilidade parte de uma definição que a descreve como a coexistência, cumulatividade ou sobreposição espacial de situações de pobreza e privação social e de situações de exposição a risco ambiental, onde estão presentes três elementos: exposição ao risco; incapacidade de reação; e dificuldade de adaptação diante da materialização do risco ( BARBOSA, GONÇALVES, SANTANA, 2019).

<sup>2</sup> No ano de 2020 a história do mundo ficou marcada pela Covid-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, que causou inúmeros casos e óbitos em todos os continentes do planeta. A inexistência de fármaco ou vacina específica para essa doença de fácil transmissibilidade gerou seu enfrentamento, principalmente via adoção de medidas de etiqueta respiratória e distanciamento social (MATTOS, 2020).

em relação ao acesso aos serviços de saúde da população negra, convergindo com o que muitos autores vêm intitulando de racismo institucional<sup>3</sup>. A COVID 19 nos chamou para uma urgente reflexão sobre os padrões de desigualdade predominantes no País além da importância de pesquisas para embasar a discussão sobre políticas públicas, especialmente voltada para a população negra (TEIXEIRA, 2021; SANTOS, s/d). Existe uma vulnerabilidade significativa se comparamos a saúde dos brancos e dos negros. O negro tem 77,36% mais chances de morrer que uma pessoa branca, desigualdade construída social, histórica e culturalmente e que normaliza o negro em posição inferior (TEIXEIRA, 2021).

Na pandemia, por exemplo, a soma de fatores de risco biológicos somados às baixas condições sociais acarretou maior mortalidade nesse extrato da população (TEIXEIRA, 2021; BARRETO, 2021). Embora estudos demonstrem uma predisposição de dimensão biológica mais elevada entre pessoas negras há também uma ampla discussão sobre os Determinantes Sociais de Saúde dessa população. Isso ocorre devido à sua história de miscigenação, que está presente em toda a sociedade brasileira, e à interação complexa com suas condições socioeconômicas desfavoráveis.

Dentre as mazelas que acometem as populações quilombolas, os elevados índices de morbidade e mortalidade infantil continuam entre os mais graves estando, sobretudo, relacionados ao ambiente no qual as comunidades estão inseridas, condições de vida que impactam diretamente a saúde das crianças, influenciando os processos de desenvolvimento, crescimento e aprendizagem, com repercussões na vida adulta (GUIMARÃES, SILVA e RAMOS, 2018).

As crianças quilombolas são indivíduos com um importante papel sociocultural e político, cujas vivências na infância estão diretamente relacionadas ao território em que estão inseridas. Nesse sentido, elas revelam diversas formas de vivenciar a infância, que são moldadas pelas histórias de formação dos territórios, pelas características regionais,

---

<sup>3</sup> A concepção institucional de racismo é considerada por Almeida (2018) como um avanço para os estudos das relações raciais, pois amplia a ideia existente de racismo como comportamento individual. O racismo institucional diz respeito aos efeitos causados pelos modos de funcionamento das instituições que concede privilégios a determinados grupos de acordo com a raça. Para o autor, as instituições estabelecem e regulamentam as normas e os padrões que devem conduzir as práticas dos sujeitos, conformando seus comportamentos, seus modos de pensar, suas concepções e preferências. Com base nessa ideia, “as instituições são a materialização das determinações formais na vida social” e derivam das relações de poder, conflitos e disputas entre os grupos que desejam admitir o domínio da instituição (ALMEIDA, 2018, p. 30).

pelas relações de poder em torno da terra e pelo processo de reconhecimento político e institucional de cada comunidade quilombola. Nesse sentido, além de um retrato das condições das comunidades no presente, a população infantil revela uma trajetória de exposição das dificuldades do passado e possivelmente do futuro. As mudanças sociais produzem efeitos diferenciados entre as gerações, e a infância é amplamente afetada (SOUZA, 2020).

A pobreza tem sido observada, especialmente, como um fenômeno primário econômico, definido por renda inferior a um patamar já pré-estabelecido, no entanto na atualidade a renda ainda é um indicador muito utilizado, porém se tem uma visão de pobreza como um fenômeno multidimensional, ou seja, não envolvendo só a economia e sim questões políticas, sociais, culturais e todos os aspectos que são relativos ao conceito de qualidade de vida segundo a percepção de cada indivíduo. Este conceito de pobreza também tem sido influenciado pelas ideias de privação de capacidade, vários fatores restringem o indivíduo de alcançar a vida almejada, tendo como exemplo não ter acesso a bens e serviços ou à saúde e à educação (DINIZ; DINIZ, 2009).

Na perspectiva de apontar possíveis fatores associados às condições de saúde bucal em crianças quilombolas e à vulnerabilidade dessas comunidades, a presente proposta teve como foco, descrever uma amostra da população infantil de duas comunidades quilombolas do Norte do Tocantins, comunidades estas, que vem atravessando um processo de transição epidemiológica (BRAGA *et al.*, 2020). Outro fator a ser destacado é que durante a infância os impactos de saúde bucal relacionados ao status socioeconômico são mais evidentes (GOETTEMS *et al.*, 2018). Além de ser nessa fase onde os hábitos de higiene não estão consolidados, as crianças não tem ainda autonomia de cuidado, ou seja reflete no comportamento e uma configuração social e cultural.

A partir da proposta de investigar a desigualdade na área da saúde bucal a partir de fatores sociais, nos filiamos à teoria conhecida como "Teoria das causas fundamentais", que foi elaborada por Jo Phelan e Bruce G. Link em 1995. Essa teoria explica o aumento ou diminuição de vários agravos à saúde condicionado às condições socioeconômicas, destacando que essas condições podem se modificar ao longo da vida. Segundo essa teoria, a relação duradoura pode ser explicada pelo fato de que o nível socioeconômico abrange diversos recursos, como dinheiro, conhecimento, prestígio, poder e também conexões sociais os quais podem proporcionar benefícios, como a

proteção da saúde, ou seja, mesmo com tratamento e serviços de saúde, se as condições permanecerem, as doenças irão retornar (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010).

No que tange às desigualdades de renda, no Brasil a distribuição dos recursos econômicos é condicionada pelas categorias de raça/cor. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), enquanto os pretos e pardos representam 56% da nossa população, a proporção deste grupo entre todos os brasileiros abaixo da linha de pobreza é de 71%, já a fração de brancos é de 27%. Quando observamos os números de extrema pobreza, a discrepância quase triplica: 73% são negros e 25% brancos. É importante destacar que a classe social de um indivíduo resulta de processos históricos, o que pode incluir herança da escravização e outros sistemas de dominação a que os negros e grupos indígenas foram submetidos, como revelado na formação de comunidades quilombolas.

No presente estudo, o arcabouço teórico está fundamentado nos modelos dos Determinantes Sociais da saúde (DSS), que abrangem atores sociais, econômicos e políticos, tais como renda mensal, moradia, educação, gênero e aspectos étnico-raciais, que influenciam na condição de saúde de um indivíduo ou grupo (CARVALHO, 2012; DALOSTO, 2016). Diversos modelos que relacionam aspectos sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e étnicos às iniquidades em saúde vem sendo propostos na literatura científica, bem como por diferentes órgãos e instituições (DALOSTO, 2016).

Para compreensão sobre os determinantes ou condicionantes de saúde, grande parte dos estudos têm início pela investigação da desigualdade em saúde, que se refere de maneira genérica às diferenças na saúde dos indivíduos ou dos grupos, partindo para as iniquidades em saúde, ou disparidade em saúde, isto é, um tipo específico de desigualdade que denota uma diferença injusta em saúde (ARCAYA; ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2015).

A realização do presente estudo se justifica pela escassez de estudos em saúde bucal envolvendo crianças de comunidades tradicionais, principalmente comunidades quilombolas. Como instrumentos de investigação, são utilizadas variáveis do estudo nacional SB BRASIL 2020, que é um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira com realização pactuada para 2020, mas que teve a execução estendida em decorrência da emergência sanitária do coronavírus.

No Brasil, também são escassos estudos que enfoquem grupos étnicos e vulneráveis, necessários para o desenvolvimento de programas eficazes para lidar com problemas específicos de saúde bucal (MIRANDA, SOUZA e LEAL, 2018; SILVA SOBRINHO *et al.* 2022). É importante ressaltar que as políticas públicas, muitas vezes não atendem as especificidades de grupos menores, como comunidades tradicionais. Portanto, estudos como este são importantes porque denunciam problemas e particularidades nessas comunidades, podendo direcionar aspectos mais específicos para melhor atender essas populações. Dados nacionais são abrangentes e não refletem a realidade das áreas onde poucos vivem, com baixo acesso à educação e à saúde, e mais importante que determinar, se há um percentual elevado de crianças com cárie e outros problemas odontológicos, é entender porque está acontecendo e como podemos resolver a situação. A política pública é mais que a soma de políticas em diferentes setores e segmentos, seus sistemas de informação precisam refletir a real situação para que as políticas, de fato, sejam efetivas.

O trabalho de pesquisa aqui proposto, tem como pergunta problema: Como as Desigualdades sociais impactam a saúde bucal de crianças quilombolas do norte do Tocantins? Para isso, com base na literatura, levantamos três hipóteses principais: 1) A distribuição de fatores associados às condições de saúde bucal das crianças quilombolas, tais como, higiene bucal, condição das escovas, fatores sociodemográficos, acesso e utilização dos serviços odontológicos servem como indicador de vulnerabilidade em saúde bucal; 2) As desigualdades sociais geram impactos significativos na saúde bucal das crianças quilombolas. 3) As políticas públicas em saúde bucal existentes estão presentes nas comunidades quilombolas do estudo.

Com o propósito de buscar responder aos questionamentos inseridos nas referidas hipóteses, procuramos selecionar um referencial teórico coerente com as variáveis investigadas e que tornasse possível uma discussão sobre conceitos e abordagens teóricas para o alcance de nossos objetivos.

### 1.1 Objetivo geral

Descrever a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças de duas comunidades quilombolas, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais.

### 1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil demográfico, socioeconômico, o acesso e a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e a condição de saúde bucal para a população de 5 e 12 anos;
- Verificar a prevalência da cárie dentária em coroa através do índice CPO-D/ceo-d, e as condições das escovas dentais para a população de 5 e 12 anos;
- Comparar os resultados das variáveis do estudo com os resultados do SB Brasil e discutir as inferências de políticas públicas na saúde bucal das crianças das duas comunidades quilombolas do estudo.

## **2 – O PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE**

O pensamento social da saúde é uma abordagem que examina a saúde humana, não apenas como resultado de fatores biológicos, mas também como um produto de interações sociais, econômicas e culturais. Esse campo de estudo confirma que a saúde de uma pessoa é influenciada por uma série de fatores sociais, incluindo sua posição socioeconômica, educação, acesso a serviços de saúde e seu ambiente físico e social.

Na América Latina, a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo guiada principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes (BARATA, 2009). Nesse sentido, a reprodução social passa a ser um determinante de saúde e os impactos da estrutura social sobre a saúde são pensados nos processos de participação ou exclusão, associados às diferentes posições sociais e sujeitos a transformações em função do próprio processo histórico (BARATA, 2009).

De acordo com Buss e Pellegrini-Filho (2007), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde

de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

Enquanto os fatores individuais contribuem para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos, regiões e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS e PELLEGRINI-FILHO, 2007).

No pensamento social da saúde, a desigualdade é um conceito fundamental. Ele destaca como as disparidades sociais podem levar às disparidades na saúde. Por exemplo, pessoas de classes sociais mais baixas têm maior probabilidade de enfrentar condições de vida precárias, acesso limitado a cuidados médicos e menor controle sobre os fatores que afetam sua saúde, como dieta e estilo de vida. Essas desigualdades sociais podem resultar em diferenças significativas nos níveis de saúde entre grupos populacionais (SANTOS, 2011). Diante do exposto, no cenário de desigualdade no Brasil, as premissas da determinação social de saúde englobam as condições e modo de vida em um mesmo marco teórico das condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem diversos grupos populacionais.

É relevante notar que a expressão “determinação social da saúde” teve sua origem na Epidemiologia Latino-Americana e não nas Ciências Sociais e Saúde. Essa expressão aparece destacada nos formuladores da Reforma Sanitária<sup>4</sup> e nos congressos de saúde coletiva, por meio de uma crítica radical ao protagonismo de elementos biológicos (MINAYO, 2021). Em consonância com as articulações de Barata (2009), ressalta-se a inexistência de uma única teoria sobre a produção e interpretação do processo saúde-doença, em âmbito populacional, o que reforça a necessidade de bases teóricas que possibilitem a compreender não apenas da distribuição da doença, mas principalmente do seu processo de produção em diferentes contextos sociais, como aqueles onde estão inseridas as comunidades tradicionais.

Considerando o papel social na saúde, sem a pretensão de esgotar todos as bases e modelos teóricos que fundamentam tais condicionantes, elaborou-se uma incursão para contextualizar historicamente a concepção do modelo teórico de determinação social de

---

<sup>4</sup> O termo reforma sanitária designa as várias experiências de reformulação normativa e intitucional do campo da assistência a saúde, em países de primeiro e de terceiro mundo, a reforma sanitária brasileira tem sido objeto de estudo, na área de medicina social, e no final dos anos 70 passou a ser chamada de saúde coletiva (COHN, 1989).

saúde, e sobretudo permitir maior associação do estado de saúde bucal da população objeto do estudo com a Teoria das Causas Fundamentais, abordada como eixo teórico-analítico dessa pesquisa.

### 2.1 Modelos interpretativos do processo saúde-doença

A saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos (OMS,1946).

O saber em saúde pública, saúde coletiva e medicina social envolvem diversos conhecimentos que se diferenciam em construção histórica. É na centralidade desse contexto que o debate sobre determinação/ determinantes sociais da saúde tem se anunciado há décadas (BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018). A concepção de modelos teóricos e interpretativos de saúde-doença ao longo da história, buscaram a relação com a organização social e seu respectivo acúmulo tecnológico em cada momento, contudo assinalamos a permanência e a coexistência de modelos antigos que ainda atendem a necessidades da atualidade, mantendo relações do passado com o presente (BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018). Com base nas reflexões de Arredondo (1992), o Quadro 2 sintetiza determinados modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença ainda adequados para a atualidade.

Cada modelo possui uma hipótese implícita ou explícita sobre os determinantes do processo de saúde-doença, abordando principalmente aspectos qualitativos baseados em descobertas anteriores ou experiências. Os tipos de desenhos de estudo e metodologias usados para obter tais achados geralmente não são mencionados. No entanto, presume-se que os resultados obtidos sejam considerados "válidos", caso contrário, o modelo proposto não teria validade. Outro aspecto a ser destacado é a falta de clareza quanto à possibilidade de verificar ou falsificar as hipóteses subjacentes a esses modelos (ARREDONDO, 1992).

**Quadro 1-** Modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença, de acordo com Arredondo (1992)

<b>Modelo</b>	<b>Época</b>	<b>Explicação</b>	<b>Principais autores</b>
Modelo Mágico-Religioso	Sociedades primitivas até a atualidade	Originado na sociedade primitiva e persistente até os dias atuais, este modelo atribui a doença forças sobrenaturais ou espíritos. Acredita-se que a doença seja um castigo divino ou um processo de purificação que testa a fé religiosa. As forças desconhecidas e os espíritos, tanto benignos quanto malignos, são considerados os principais determinantes do estado de saúde ou doença em um indivíduo ou sociedade.	Sem autores no campo científico
Modelo Sanitarista	Revolução industrial européia	Desenvolvido durante a Revolução Industrial na Europa, este modelo destaca-se pelas condições insalubres como a principal causa de doenças. A ênfase recai sobre os fatores ambientais como determinantes primários, levando à implementação de medidas de saneamento elevadas para combater as taxas de morbidade e mortalidade	Smith e Pettenkofer
Modelo Social	Século XIX	Iniciado no século XIX, esse modelo enfoca as condições de trabalho e de vida como elementos centrais que afetam a saúde e a doença. Considera-se que o estilo de vida, os fatores do agente e os fatores atmosféricos são determinantes do estado de saúde. Destaca-se o papel do contexto social como o fator mais importante, que explica a manifestação e o impacto de outros fatores.	Frank, Virchow e Ramazzini

<p>Modelo Unicausal</p>	<p>Século XIX- XX</p>	<p>Introduzido nos séculos XIX e XX, onde neste período houve avanços significativos na epidemiologia com a descoberta dos micróbios como agentes etiológicos específicos de doenças específicas. Esse período foi marcado pela ascensão do capitalismo, que favoreceu o desenvolvimento da teoria da unicausalidade, reduzindo o conhecimento epidemiológico às causas e ações unilaterais, esse modelo enfatiza a presença de agentes externos como causa das doenças. Acredita-se que cada doença seja resultado de um agente biológico específico e da resposta do indivíduo a esse agente, o mesmo impulsionou a investigação de medidas de controle e o desenvolvimento de medicamentos que revolucionaram o tratamento individual dos enfermos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018)</p>	<p>Pasteur e Koch</p>
<p>Modelo Multicausal</p>	<p>Década de 1950</p>	<p>Desenvolvido na década de 1950, este modelo reconhece a influência simultânea de múltiplos fatores relacionados ao agente, ao hospedeiro e ao ambiente como determinantes do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população. Por meio da análise dessas variáveis, é possível identificar vários fatores contribuintes para o fenômeno observado, permitindo intervenções preventivas mais abrangentes. No século XX, a epidemiologia adotou o modelo ecológico multicausal, reconhecendo a interação complexa entre fatores físicos, biológicos e sociais no desenvolvimento das doenças. Foram desenvolvidos modelos matemáticos e diferentes métodos e desenhos</p>	<p>Leavell e Clark</p>

		de estudos, como o caso-controle e a coorte, para melhor compreender os determinantes das doenças (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).	
--	--	---	--

Fonte: adaptado de ARREDONDO (1992) e BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO (2018)

Torna-se relevante uma incursão dos fatos que aconteceram no decorrer dos anos, iniciando na modernidade, que é um período histórico que teve influência significativa na filosofia, cultura e sociedade ocidental. Nesse contexto, a Idade Média deu lugar a uma transformação marcada pelo desenvolvimento do conhecimento baseado em fundamentos científicos, nos quais a filosofia assumiu um caráter empirista. Foi nesse período que os problemas de saúde passaram a ser abordados de forma científica, com a utilização de registros estatísticos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Posteriormente, destacam-se os movimentos culturais e econômicos conhecidos como Iluminismo e Revolução Industrial. O Iluminismo, característico da segunda metade do século XVIII, abrangeu diversas áreas, como filosofia, arte, ciência, teoria política e doutrina jurídica. Seu propósito principal era remover os obstáculos ao desenvolvimento humano por meio da ciência, conhecimento e educação. A Revolução Industrial, iniciada no século XVIII na Inglaterra, promoveu a mecanização dos sistemas de produção. Enquanto o artesanato era predominante na Idade Média, na Idade Moderna ocorreu uma mudança radical. A burguesia industrial, visando maiores lucros, menores custos e produção acelerada, buscou alternativas para aumentar a produção de mercadorias. O crescimento populacional desempenhou um papel importante nesse cenário, impulsionando a demanda por produtos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Esses dois movimentos foram fundamentais para o surgimento de ideias e tendências revolucionárias na área da saúde pública no século XIX, com suas atmosferas intelectuais e emocionais. O aumento da população urbana e do número de trabalhadores em condições insalubres levou à reflexão e à produção intelectual que associou a saúde às condições de vida individuais e coletivas, transcendendo a perspectiva meramente biológica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

A teoria miasmática, que predominou no século XIX, apontava que as doenças tinham origem nos miasmas (o conjunto de odores fétidos resultantes da matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis de água contaminados), visto que com o avanço da urbanização e industrialização ocorreu as mudanças sociais e práticas de saúde nesta época. É referido que Virchow um dos defensores dessa teoria entendia que a medicina era uma ciência social, estabelecendo que as condições econômicas e sociais que determinassem a condição de saúde da população deveriam ser alvo de investigação (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com o intenso processo de urbanização decorrente da Revolução Industrial, intelectuais e líderes políticos europeus começaram a estabelecer as primeiras relações sistemáticas entre a saúde e a doença da população e as condições de alimentação, trabalho, moradia e saneamento. Esses pensadores perceberam a necessidade de ações estatais para proteger a saúde da população diante desses determinantes sociais (ANDRADE, 2006).

A pobreza, precárias condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres representam fatores que afetam negativamente as condições de saúde de uma população, desde pelo menos o século XIX, acentuam-se evidências de que as condições de saúde de uma população estão relacionadas com características do contexto social e ambiental em que esta vive. As ciências biomédicas surgiram no final do século XIX, e passaram a dominar a explicação dos problemas de saúde e das doenças, ficando os determinantes sociais e ambientais em plano secundário. Porém, sendo capaz explicar de forma adequada os fenômenos existentes no interior de uma população como exemplo, os mais ricos têm melhores condições de saúde que os mais pobres, ou entre populações de diferentes países os países mais ricos têm melhores condições de saúde que os mais pobres (BARRETO, 2017).

Na década de 1970, surgiu a epidemiologia clínica, que buscou fortalecer a credibilidade da prática clínica por meio da aplicação de métodos epidemiológicos rigorosos. A epidemiologia social também ganhou destaque, investigando explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença e defendendo intervenções socioeconômicas para melhorar as condições de vida e reduzir a pobreza. Enquanto nos países desenvolvidos ocorreu a consolidação do Estado de Bem-Estar Social, com avanços nos direitos sociais e nas políticas de saúde, na América Latina, incluindo o Brasil, foram vivenciadas crises econômicas e sociais, repressão política e ideológica. A epidemiologia social emergiu como resposta a esses contextos, enfatizando os determinantes sociais da saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Dessa forma, a epidemiologia social tem buscado uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, incorporando a subjetividade dos sujeitos, os contextos sociais e as relações entre os atores sociais em suas vidas diárias. Isso implica em lidar com a saúde e a doença de maneiras diferentes, considerando múltiplos fatores causais e estabelecendo associações entre o cotidiano e a saúde. Além disso, essa abordagem tem

implicações nas políticas governamentais, nos serviços de saúde e nas estratégias de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

O processo saúde-doença não pode ser compreendido apenas sob aspecto fisiopatológico. As diferenças no estado de saúde entre as diferentes populações e comunidades não podem ser justificadas apenas pelos componentes biológicos, mas elas também devem ser consideradas em conjunto com os hábitos e comportamentos moldados socialmente. Esses fatores estão intrinsicamente ligados ao indivíduo ou resultado do seu pertencimento a um grupo, como nas comunidades tradicionais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

No século XX, as ciências da saúde começaram a ser entendidas como social e os Determinantes sociais da Saúde (DSS) se tornaram evidentes. Os estudos dos DSS apontaram que as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não podem ser explicadas de maneira uniforme, uma vez que diferentes grupos, classes sociais ou grupos/comunidades estão expostos a diferentes condições de vida e de trabalho, já que as disparidades entre esses estratos sociais permanecem inalteradas. As iniquidades em saúde consistem no principal aspecto a ser estudado quando se trata de DSS.

Em 1986, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, representou outro marco importante nesse contexto, que aprovou a Carta de Ottawa, sedimentando as bases doutrinárias da promoção da saúde e incentivando ações concretas. Essas ações incluíram a integração da saúde nas políticas públicas, a participação comunitária na gestão do sistema de saúde, a reorientação dos sistemas de saúde e mudanças nos estilos de vida. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no século XXI, destacando a relevância das desigualdades sociais e iniquidades na saúde coletiva, o aumento dessas situações tem levado a uma maior reflexão sobre a relação entre saúde e sociedade, buscando condições de bem-estar tanto individual quanto coletivamente. Inicialmente, as condições de vida eram consideradas aspectos da interação entre seres humanos e natureza, mas passaram a ser objeto de reflexão devido às más condições de trabalho, aumento da pobreza, degradação do planeta, padrões insustentáveis de consumo, intolerância nas relações e falta de cuidado (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Essa conferência impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária e influenciou a Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) surgiu durante um período de intensa mobilização da

sociedade em busca da redemocratização. Ele refletiu a revolta da população diante das profundas desigualdades, da aceitação da saúde e se estabeleceu como uma ação política coordenada em torno de um projeto social para uma sociedade inclusiva e solidária, onde a saúde é reconhecida como um direito universal de todos os cidadãos (SOUTO; OLIVEIRA 2016).

Diversos autores contribuíram para a definição dos DSS (CARVALHO, 2012; DALOSTO, 2016; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). O autor canadense Raphael (2004) apresentou uma concepção ampla da saúde, enfatizando a perspectiva individual e coletiva. Os DSS são entendidos como as condições sociais e econômicas que influenciam a saúde das pessoas, comunidades e sociedades como um todo. Além disso, eles determinam a capacidade das pessoas de alcançar suas aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou uma comissão específica para discutir os DSS, sendo intitulada de Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) – realizando a convocação das autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde:

Na entrada do século XXI, a OMS, por meio da criação da já citada comissão, retoma a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, a partir da noção de ‘determinantes sociais da saúde’. Essa noção explicita a reificação do social e a necessidade de caracterizá-lo como um domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual (GARBOIS *et al.*, 2017, p. 73).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como fatores sociais, econômicos e políticos, tais como renda mensal, moradia, educação, gênero e etnia, que influenciam na condição de saúde de um indivíduo ou grupo. Diversos modelos teóricos que relacionam aspectos sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e étnicos às iniquidades em saúde vem sendo propostos na literatura científica, bem como por diferentes órgãos e instituições (CARVALHO, 2012; DALOSTO, 2016).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A OMS, no entanto, adota uma definição de DSS mais reduzida, na qual esses são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

George (2011) agrupou-os em cinco categorias. Os determinantes fixos ou biológicos, de que são exemplo a idade, sexo e fatores genéticos; os determinantes econômicos e sociais, de que são exemplo a posição do estrato social, o emprego, a pobreza, a exclusão social; os ambientais, tais como a qualidade do ar e da água, ambiente social; os de estilos de vida, sendo a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e comportamento sexual. Incluem-se ainda o acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transportes e lazer. Na literatura podemos encontrar divisões com diferente número de categorias, sendo que, independentemente desse número, é inquestionável que os determinantes influenciam o estado de saúde dos indivíduos (CARRAPATO; CORREIA e GARCIA, 2017). Mais da metade dos efeitos na saúde dos indivíduos dependem das condições em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Compreender esses fatores permite identificar estratégias de intervenção adequadas em diferentes níveis para minimizar seus efeitos nocivos à saúde (CAMPOS; SATURNO e CARNEIRO 2010).

Para trazer solução para a relação entre a forma com que a está organizada determinada sociedade e a condição de saúde de sua população, tem se observado o tamanho da importância dos determinantes sociais, que se tem traduzido em aumento da investigação para solução dessa relação. A pesquisa sobre as iniquidades em saúde tem sido particularmente desenvolvida de forma a compreender as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais, visto que as desigualdades em saúde, para além de gerar injustiça, são sistemáticas, e poderiam ser evitadas (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; WHO, 2010). De forma geral, a lógica dos determinantes sociais da saúde pretende reduzir as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e o bem-estar, promover o desenvolvimento (CARVALHO, 2012).

A perspectiva de a produção social da saúde e da doença oferece modelos explicativos que representam o processo de determinação social desses elementos. Dentre os modelos mais recorrentes estão os propostos por Dahlgren & Whitehead, Mackenbach, Diderichsen & Hallqvist, e Marmot & Wilkinson. Esses modelos buscam compreender as relações entre os determinantes sociais da saúde, além de apontar estratégias para a ação de políticas que visem reduzir as iniquidades (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

O modelo de Dahlgren & Whitehead, em particular, é amplamente difundido e conhecido por sua fácil compreensão e visualização gráfica dos determinantes sociais da

saúde (Figura 1). Esse modelo organiza os determinantes em camadas, variando desde fatores individuais até macro determinantes mais distais. Não se pretende explicar em detalhes as relações e mediações entre os diferentes níveis e a gênese das iniquidades, mas fornecer uma estrutura didática. O modelo de Dahlgren e Whitehead consiste em um dos mais referidos na literatura (CARVALHO, 2012).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro-determinantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007)

**Figura 1-** Esquema didático dos Determinantes Sociais de Saúde segundo o modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD (1991).



**Fonte:** BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007

O modelo em camadas traz a explicação das desigualdades em saúde que são produzidos pelos diversos níveis de condição social, em vários níveis desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais. No campo individual, são consideradas características como idade, gênero e fatores genéticos, que influenciam a saúde do indivíduo; no nível imediatamente superior, situam-se os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida, que irão contribuir com os fatores de risco à saúde. O nível seguinte apresenta a influência das interações estabelecidas na sociedade e na comunidade por meio de redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, de lazer e de segurança. Por meio dessas redes, fica esclarecido o nível de coesão social, constituindo-se em elemento fundamental para a saúde da sociedade. O outro nível estão as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, deixando as pessoas em desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços públicos. O último nível aponta as condições econômicas, culturais e ambientais, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Os macros determinantes dominam sobre todos, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos irá determinar a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, tudo isso repercutindo sobre a saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

É perceptível que os diversos tipos de doenças e agravos de saúde tendem a ser mais prevalentes em grupos sociais que vivem em situações de vulnerabilidade. Isso inclui, por exemplo, as populações mais pobres, grupos étnicos minoritários e aqueles que enfrentam discriminação. Por esse motivo os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados, de forma consistente, sempre apresentam piores condições de saúde. Outra evidência é a implantação de políticas para o melhoramento da condição financeira e proteção social, onde sendo aplicada de forma correta mostra impactos positivos na condição de saúde dos indivíduos (BARRETO, 2017).

Os determinantes supramencionados influenciam na saúde das crianças, sendo assim, a capacidade de cuidado e proteção dos grupos familiares depende de sua qualidade de vida, do contexto social em que participam, dos outros para sobreviver. É na família que a criança encontrará (ou não) seu próprio afeto, amor, educação e cuidado,

para alimentá-la, cuidar se necessário, garantir sua higiene, segurança. Quanto mais capacitada for a família para cuidar bem da criança, maior será o potencial para a saúde da criança (REIS, 2005).

Seguindo a mesma linha, a autora continua abordando as influências dos determinantes:

Outro determinante da saúde da criança é a própria casa em que vive. As condições de moradia exercem influência na qualidade de vida, principalmente se pensarmos que, na maior parte do tempo, é em casa que a criança se encontra. Deste modo, pode-se começar uma análise pela própria construção da casa. É fato que muitas famílias conseguem apenas lugares para se abrigar com suas crianças, sem que estes se constituam propriamente uma casa. Muitas vezes são moradias improvisadas, que até mesmo colocam em risco a saúde da família. A estrutura da “casa” em que a mesma reside pode colaborar ou não para a garantia da saúde. Viver num local construído com estrutura sólida, que possua janelas para ventilação, que tenha um piso adequado, assim como luz elétrica, água tratada, saneamento básico, que seja livre de insetos e animais nocivos, certamente propicia maior qualidade de vida do que quando se vive em locais precários (REIS, 2005, p.31).

É inquestionável que os determinantes influenciam o estado de saúde dos indivíduos (CARRAPATO; CORREIA e GARCIA, 2017). Por isso, tais pesquisas sustentam a inclusão dos DSS na avaliação e monitoramento de políticas públicas e podem contribuir para o aprofundamento das análises do impacto dos determinantes sociais na saúde bucal das populações. No contexto de saúde, incluindo a saúde bucal, os determinantes podem ser caracterizados como estruturais e intermediários. Os estruturais produzem a estratificação social, em geral relacionados à renda e à educação e os intermediários originam as desigualdades na exposição às situações de saúde, nas condições de vida e no sistema de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2021).

## 2.2 Desigualdades e iniquidades em saúde

Se tratando da igualdade e desigualdade, abordamos uma comparação das situações, porém sem necessidade de atribuir um juízo de valor aquilo que é igual ou desigual. No entanto, reforçando que os indivíduos ou grupo sociais apresentam diferenças e variação atreladas às características da trajetória de vida. Neste caso, destacam-se as desigualdades sociais que impactam no estado de saúde entre grupos definidos por características, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho (BARATA, 2009).

As desigualdades sociais são situações que implicam em grau de injustiça, determinados grupos estão em desvantagens em relação outros e por isso a redução das

desigualdades sociais em saúde, considerando os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais, devem ter como principal objetivo o alcance da equidade (BARATA, 2009).

As discussões sobre as desigualdades sociais em saúde já vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. As condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção industrial, foram favoráveis ao tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associado às revoluções burguesas (BARATA, 2009).

Desigualdades referem-se aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. Reflete o como são traduzidas as desigualdades existentes e as diferenças em justas ou injustas, sendo que esta tradução varia entre as sociedades humanas. Em muitas sociedades, imensos diferenciais nos níveis de saúde entre indivíduos no topo ou na base da pirâmide social não são percebidos como injustiça. Isto pode acontecer em países desenvolvidos, pobres ou em desenvolvimento. Por outro lado, em outras sociedades, diferenças relativamente pequenas nos níveis de saúde são traduzidas em forte percepção pública de iniquidades (BARRETO, 2017 p. 2101).

As iniquidades em saúde na população negra se dão pelas atitudes de discriminação desvantagem econômica e social, a assistência inadequada à saúde . Da mesma forma, as doenças bucais são também uma expressão da “biologia da desigualdade”. A condição bucal, portanto, pode expressar uma história vivida. Indivíduos pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade pouco estudada nos seus aspectos estruturais. Por esses motivos a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem apontado as iniquidades em saúde bucal como um dos temas prioritários de investigação (GUIOTOKU *et al.*, 2012).

Um dos objetivos do pacto da saúde é a redução das desigualdades sociais, pois é considerado como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social da saúde do negro, pois afeta negativamente sobre todos estes fatores que compõem o conceito de saúde (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (BRASIL, 2017 p. 23).

No Brasil, pelo menos 32 milhões de meninas e meninos, representando 63% do total, vivem em situação de pobreza, abrangendo várias dimensões como renda, educação, trabalho infantil, moradia, acesso a água, saneamento e informação. Esses dados foram revelados pela pesquisa intitulada "As Múltiplas Dimensões da Pobreza na Infância e na Adolescência no Brasil". A pobreza multidimensional afetou de forma mais acentuada aqueles que já se encontravam em situação de vulnerabilidade, como negros, indígenas e moradores das regiões Norte e Nordeste, agravando as desigualdades no país. Em 2019, 72,5% das crianças e adolescentes negros e indígenas viviam na pobreza multidimensional, em comparação com 49,2% das crianças brancas e amarelas. Entre os estados brasileiros, dentre as principais privações que passaram a infância e a adolescência, destacaram-se a falta de acesso ao saneamento básico, atingindo 21,2 milhões de meninas e meninos, seguido pela privação de renda (20,6 milhões) e falta de acesso à informação (6,2 milhões). Além disso, há privações relacionadas à falta de moradia adequada (4,6 milhões), privação de educação (4,3 milhões), falta de acesso a água (3,4 milhões) e trabalho infantil (2,1 milhões). No total, são 32 milhões de crianças e adolescentes afetados por uma ou mais dimensões da pobreza multidimensional. (UNICEF, 2023). As iniquidades raciais na pobreza entre crianças continua mantendo-se nos mesmos patamares.

É perceptível que há um fluxo que se inicia nas desigualdades em saúde, depois partindo para as iniquidades e finalizando com os status nas vulnerabilidades sociais, uma temática que vem sendo discutida com mais frequência pelos cientistas sociais. Essa temática se tornou mais emergente nos anos 90, quando se esgota a matriz analítica da pobreza que se reduzia a questões econômicas, ou seja estava mais voltada para o sentido de conhecer os setores mais desprovidos da sociedade do que para compreender os determinantes do processo de empobrecimento, ela também passa a ser usada na saúde

então percebemos que a vulnerabilidade social passa a ser entendida a partir de múltiplos condicionantes. Neste caso a vulnerabilidade passa a ser compreendida a partir da exposição a riscos de diferentes naturezas, sejam eles econômicos, culturais ou sociais, que colocam diferentes desafios para seu enfrentamento (MONTEIRO, 2011).

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais. Na população brasileira, a auto avaliação do estado de saúde varia marcadamente com o nível de escolaridade. A prevalência de doenças crônicas também varia com os anos de escolaridade após ajuste por idade. O uso de serviço de saúde também é influenciado pelo grau de escolaridade, mas as diferenças são menores. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou o acesso aos serviços para a grande maioria da população brasileira. A utilização de serviços preventivos mostra diferenciais mais acentuados segundo a escolaridade e a ocupação (BARATA, 2009).

O estudo das desigualdades sociais em saúde deveria, idealmente, ter como variável explicativa a classe social construída com base nas relações fundamentais estabelecidas a partir da posição dos indivíduos na estrutura produtiva da sociedade. Entretanto, as dificuldades que cercam a operacionalização desse conceito, bem como a necessidade de contar com muitas informações, raramente disponíveis nos sistemas regulares de registros de dados em saúde, levaram os pesquisadores a buscar outras alternativas.

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade. Na perspectiva liberal, as desigualdades sociais em saúde são vistas como reflexo das escolhas pessoais que levam alguns a alcançar posições sociais de prestígio, que lhes conferem poder e posses na sociedade, enquanto outros permanecem em posições desvantajosas sem poder usufruir a riqueza social, sem desfrutar de prestígio ou poder político. Na perspectiva do materialismo histórico, a posição dos indivíduos na estrutura de classes sociais representa um conjunto de constrangimentos e circunstâncias que acabam por moldar as escolhas individuais, de modo que o pertencimento de classe leva os diferentes indivíduos a compartilharem modos de vida semelhantes (BARATA, 2009 p.55).

### 2.3 Teoria das condições sociais como causa fundamental de doenças

A teoria das causas fundamentais tem suas raízes no conceito de causas básicas de Lieberson (1985), que foi inicialmente aplicado à associação entre status socioeconômico (SSE) e mortalidade por House e colaboradores (House et al., 1990, 1994). Desde então, a teoria foi amplamente desenvolvida e expandida por Link e Phelan

(1995, 2004) e recebeu contribuições de outros pesquisadores, como Lutfey e Freese (2005). A primeira declaração da teoria das causas fundamentais foi publicada em 1995, em uma edição especial do *Journal of Health and Social Behavior*. Segundo Link e Phelan (1995), uma causa social fundamental das desigualdades em saúde possui quatro características essenciais. Em primeiro lugar, ela influencia múltiplos resultados de doenças, o que significa que não se limita apenas a uma ou algumas doenças específicas. Em segundo lugar, afeta esses resultados por meio de diversos fatores de risco. Em terceiro lugar, envolve o acesso a recursos que podem ser utilizados para evitar riscos ou minimizar as consequências da doença uma vez que ela ocorra. Por fim, a associação entre uma causa fundamental e a saúde é reproduzida ao longo do tempo por meio da substituição de interruptores intermediários. (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010).

O autor Figueiredo Santos (2011) estuda as desigualdades em saúde e apontou uma percepção de Goode (1999), que sinalizou uma mudança de modelo nos países desenvolvidos como se estivesse a anunciar o novo paradigma para o século XXI: “Uma explosão de pesquisa está demonstrando que classe social [...] é um dos mais poderosos preditores da saúde, mais poderoso do que a genética, exposição a cancerígenos, e mesmo o fumo”.

A sociologia e a epidemiologia social, de modo particular, tiveram um papel destacado na produção de evidências robustas do nexo intrínseco e fundamental entre determinantes socioeconômicos e a distribuição da saúde e da doença. Estabelecido este sólido grau de aceitação empírica, tem-se enfatizado a importância de se avançar no entendimento e na explicação dessas consequências observadas. A abordagem sociológica oferece tanto contexto como conteúdo para a pesquisa das trajetórias e dos mecanismos sociopsicológicos, comportamentais e mesmo psicofisiológicos que vinculam a posição social a saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011, p.33).

A associação sistemática entre o status socioeconômico (SSE) e a saúde global persiste mesmo diante de mudanças dramáticas nos interruptores que ligam essas duas variáveis. Essa associação duradoura levou Link e Phelan a considerar o SSE como uma causa "fundamental" das desigualdades em saúde. Em outras palavras, o SSE engloba uma diversidade de recursos, como dinheiro, conhecimento, poder, comunidade e conexões sociais tolerantes, que desempenham um papel fundamental na liderança dos resultados de saúde e na proteção contra doenças. Dessa forma, a teoria das causas fundamentais destaca a importância do SSE e de outros fatores sociais na compreensão das desigualdades em saúde. Ela nos lembra que as desigualdades não são simplesmente resultado de diferenças individuais em comportamentos ou fatores de risco, mas sim de

condições sociais mais amplas que moldam o acesso a recursos e oportunidades relacionadas à saúde. Essa perspectiva tem inspiração para a formulação de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades em saúde, garantindo um acesso equitativo a recursos e promovendo a justiça social (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010).

É importante contextualizar os fatores de risco, ou seja, compreender como as pessoas são expostas a esses fatores, a fim de projetar intervenções mais eficazes. Além disso, introduz a noção de "causas fundamentais" de doenças, que são condições sociais que fornecem acesso a recursos que ajudam os indivíduos a evitar doenças. Mesmo que os intermediários sejam modificados ou doenças erradicadas, a associação entre a causa fundamental e a doença persiste. Diversas são as associações entre fatores sociais e saúde, como a relação entre status socioeconômico e expectativa de vida, taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil, doenças cardíacas, câncer e outras mortes de saúde (LINK e PHELAN, 1995).

Fica evidente o papel da pesquisa na compreensão dos movimentos que explicam essas associações mencionadas anteriormente. São apresentados exemplos de estudos, incluindo o modelo de estresse no trabalho de Karasek (1988), que relaciona o estresse ocupacional ao desenvolvimento de doenças cardíacas coronarianas, e o trabalho de Mirowsky e Ross (1989), que investiga o transtorno subjacente ao sofrimento psíquico relacionado a condições sociais, a direção causal das associações entre condições sociais e saúde, abordando questões como se o status socioeconômico fosse a causa do péssimo status de saúde. Estratégias como abordagens quase experimentais, a identificação de fatores de risco social e os desenhos longitudinais são utilizadas para investigar essas questões (LINK e PHELAN, 1995).

Percebe-se a importância de contextualizar os fatores de risco para uma compreensão mais abrangente da relação entre condições sociais e doenças. São apresentados exemplos que ilustram a necessidade de entender as circunstâncias da vida das pessoas e as condições sociais em que os fatores de risco individuais estão relacionados à doença. (LINK e PHELAN, 1995).

No artigo publicado por Link e Phelan (1995), dois exemplos para a melhor compreensão desses fatores de risco são relatados. No primeiro exemplo, é mencionada a necessidade de considerar as circunstâncias de mulheres extremamente pobres que se envolvem na prostituição como estratégia de sobrevivência. Essas mulheres podem não

ter opções ou recursos para evitar comportamentos sexuais de risco, independentemente do seu conhecimento sobre os riscos envolvidos. Isso ressalta a importância de compreender como as condições sociais moldam a exposição a fatores de risco, como comportamento sexual desprotegido, má alimentação, sedentarismo ou estresse doméstico.

No segundo exemplo, é abordada a contaminação de alimentos com bactérias como *E. coli* e *Salmonella*. Embora existam orientações para a prevenção da infecção, como cozinhar a carne conservada e lavar as mãos, é necessário considerar o papel das forças políticas na produção e distribuição dos alimentos. Isso demonstra a importância de contextualizar os fatores de risco, questionando em quais condições sociais os fatores de risco individuais levam à doença e se existem condições sociais em que os fatores de risco individuais não têm efeito sobre o resultado da doença (LINK e PHELAN, 1995).

Outro exemplo que podemos mencionar, contextualizando nosso presente trabalho, são as doenças bucais mais comuns, entre elas a cárie. A cárie é considerada um problema de saúde pública global que acomete países desenvolvidos e subdesenvolvidos, atinge pessoas de diferentes faixas etárias, mais frequente na infância, no entanto é uma doença passível de prevenção e controle. Percebemos que muitas vezes o indivíduo tem conhecimento sobre os cuidados, mas não tem condições financeiras para a posse do kit básico de higiene oral, como escova e creme dental, então independentemente do seu conhecimento sobre os riscos envolvidos ele vai desenvolver doenças bucais que irão desencadear outros problemas como falta no desempenho escolar, dificuldade de alimentação e interação, ou seja, influenciando de uma forma negativa na qualidade de vida do mesmo.

Por isso a importância de identificar e considerar como "causas fundamentais" da doença no campo da sociologia médica e epidemiologia social. Essas causas fundamentais são condições sociais que estão relacionadas à saúde e cujos efeitos não podem ser eliminados abordando apenas o controle que as vinculam à doença (LINK e PHELAN, 1995).

No momento em que a epidemiologia faz a classificação dos grupos populacionais segundo condições socioeconômicas, ela pode contribuir para a saúde pública, por meio de conhecimentos e informações que facilitam o consenso e a tomada de decisão na busca pela promoção de saúde e justiça social, outro fator importante é a

relação entre as condições socioeconômicas e a saúde pois vamos contribuir para a estratificação da população em termos de oportunidades, procurando indicar o acesso (ou não) a melhores condições de saúde, ou seja, as condições socioeconômicas podem influenciar no risco de doenças, na facilitação ou na restrição do acesso aos serviços de saúde (ANTUNES, 2008).

Condições socioeconômicas podem ser aferidas por meio de indicadores de renda, escolaridade e ocupação para referenciar hipóteses de interesse; podem também ser empregados índices que agregam informações sobre diferentes aspectos da condição socioeconômica. De todo modo, os recursos de classificação da sociedade são permeados por diferentes ideologias, valores e concepções. A aferição de condições socioeconômicas nos estudos epidemiológicos também tem proeminente dimensão política, o que torna ainda mais complexa a imbricação entre saúde pública e política (ANTUNES, 2008, p. 567).

Na literatura de epidemiologia social, encontram-se diversos indicadores de posição social, porém o mais utilizado é renda e educação, os mesmos aparecendo nas ciências sociais sobre desigualdade em saúde. Indicadores baseados em ocupação são também amplamente utilizados. Os impactos de outras variáveis são medidos pela renda, o que pode ser um dos motivos pelos quais ela é um preditor forte e robusto da saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011).

A caracterização da posição social das pessoas, mediante indicadores empíricos convencionais, permitiu estabelecer os “fatos sólidos” da desigualdade de classe em saúde. Além do alto valor de previsão empírica que possuem, eles têm permitido estabelecer demarcações entre fatores que contribuem para a prevenção ou emergência das doenças e os processos que respondem mais pela sua progressão. O uso da variável educação, que é adquirida antes da instalação de doenças crônicas mais graves e permanece estável na vida adulta, desempenhou um papel fundamental em demonstrar que a direção da influência se dá da posição social para o estado de saúde e não o inverso, como muitos economistas da saúde insistiam em afirmar (FIGUEIREDO SANTOS 2011, p.31).

A teoria das causas fundamentais também destaca a importância da justiça social na promoção da saúde. Ela nos lembra que as desigualdades em saúde não são simplesmente o resultado de diferenças biológicas ou comportamentais entre as pessoas, mas são profundamente enraizadas em sistemas sociais e estruturas de poder desiguais. Portanto, abordar as causas fundamentais da desigualdade em saúde requer ações políticas que visem a redução das disparidades socioeconômicas, o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, a promoção da educação e do empoderamento das comunidades, entre outras medidas.

No contexto da pandemia de COVID-19, a teoria das causas fundamentais nos

ajudou a compreender por que certos grupos socioeconômicos são mais protegidos pela doença. A pandemia evidencia as desigualdades existentes na sociedade, com pessoas de baixo status socioeconômico enfrentando maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde, medidas de prevenção e suporte econômico. A teoria das causas fundamentais nos lembra que a pandemia não é apenas uma crise de saúde, mas também uma crise social que reflete e amplifica as desigualdades pré-existentes (FIGUEIREDO SANTOS, 2020).

Não só a COVID-19, mas os problemas bucais nos permitiram refletir o quanto as desigualdades são determinantes, pois quanto mais baixo o status socioeconômico de um indivíduo, pior é sua condição de saúde, de maneira que a baixa renda, a falta de escolaridade e o pertencimento à classe social desprovida de ativos estão ligados a uma pior auto avaliação da saúde bucal (SOUSA *et al.*, 2019). Embora o status socioeconômico (SSE) tenha um efeito cumulativo nas doenças bucais durante todos os períodos da vida, seu impacto mais forte foi verificado no início da vida. Em vista disso, destaca-se assim, a importância do SSE na infância como um aspecto indireto para a saúde bucal mais tardiamente (GOETTEMS *et al.*, 2018).

A saúde está relacionada diretamente às condições de saneamento básico, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda e esperança de vida, em relação aos fatores que influenciam na qualidade de vida relacionada a saúde bucal, a alta densidade domiciliar, baixa taxa de saneamento básico, alta taxa de analfabetismo, alta proporção de pessoas de baixa renda e menor expectativa de vida estão de acordo com estudo de Peres e colaboradores (2013) verificaram que a relação entre o acometimento de problemas bucais, as condições de vida da população e a renda é marcadamente um fator de vulnerabilidade aos problemas bucais, bem como a pobreza, emprego, educação, moradia (SILVA; MACHADO e FERREIRA, 2015).

Segundo aspectos explorados pela teoria supramencionada, três critérios gerais servem de base para a formulação de políticas e podem ser usadas na avaliação e intervenção de saúde proposta saúde: (1) perfis de risco individuais; (2) impacto sobre uma doença ou análise de outras doenças; (3) visão ampla das condições sociais. Ao reconhecer que o acesso a recursos e oportunidades é crucial para proteger a saúde e prevenir doenças, podemos desenvolver intervenções mais abrangentes e eficazes (LINK e PHELAN, 1995).

Em consonância com a relação renda-status saúde, o Brasil assumiu

explicitamente a agenda de determinantes sociais de saúde, o que evidenciou as pobreza multidimensionais que tem um impacto significativo na equidade na saúde. Chamada de "a causa das causas" do processo saúde-doença pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (MARMOT, 2011), a comissão tem recomendado políticas com o objetivo de melhorar a saúde das populações mais vulneráveis, o que inclui a saúde bucal.

### **3 – DOS QUILOMBOS ÀS COMUNIDADES QUILMBOLAS**

#### **3.1 Diversidade de comunidades quilombolas**

Como resultado dos diversos processos de formação dos quilombos no território, o conceito de quilombo passou por uma ampliação, que tem considerado suas constituições atuais, organizações, práticas e trajetórias. Eis a definição ampliada expressa pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA)<sup>5</sup>:

Quilombo tem novos significados na literatura especializada, também para grupos, indivíduos e organizações. Ainda que tenha conteúdo histórico, vem sendo ressemantizado para designar a situação presente dos segmentos negros em regiões e contextos do Brasil. Quilombo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de população estritamente homogênea. Nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebeldes. Sobretudo consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e na reprodução de modos de vida característicos e na consolidação de território próprio. A identidade desses grupos não se define por tamanho nem número de membros, mas por experiência vivida e versões compartilhadas de sua trajetória comum e da continuidade como grupo. Constituem grupos étnicos conceituados pela antropologia como tipo organizacional que confere pertencimento por normas e meios de afiliação ou exclusão (ABA, 1994, p.1).

Na esteira de Leite (1999), a definição de quilombo contemporâneo consiste:

Escolhido para expressar a luta dos negros no Brasil, o termo vem evidenciar o aspecto militante e de não-acomodação, contrariando os estereótipos correntes de conformismo, supersti o, sujei o, medo, embranquecimento, malandragem e corrup o, construídos pela ideia de embranquecimento e democracia racial que ganham força desde a Primeira República (LEITE, 1999, p.140).

---

<sup>5</sup> ABA: Associa o Brasileira de Antropologia   a mais antiga das associa es científicas existentes no país na área das ciências sociais, ocupando hoje um papel de destaque na condu o de questões relacionadas às políticas públicas referentes   educa o,   a o social e   defesa dos direitos humanos. No decorrer de sua história, ela tem sido voz atuante em defesa das minorias étnicas, dos discriminados e posicionando-se consistentemente contra a injustiça social. Sem ter uma linha político-partidária, sua voz inquieta a todos os que não respeitam os direitos humanos. Seu código de  tica exige respeito às popula es estudadas e obriga o pesquisador a deixar claros seus objetivos para os grupos e popula es que sejam objeto de suas análises. (<https://portal.abant.org.br/#>)

Os remanescentes de quilombolas que vivem em áreas rurais vivenciam lutas e dificuldades em relação à manutenção de seu território, haja vista que grande parte dessas comunidades já teve perda brusca de hectares via procedimentos ilegais (grilagem de terras). As titulações ocorrem de maneira muito lenta, principalmente, por conta da burocracia de órgãos estaduais responsáveis pela expedição das titulações e de outros que atendem no âmbito da federação (OLIVEIRA, 2015).

De acordo com o Decreto nº 6.040/2007, Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são definidos como: “grupo culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem firmas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2022) Os PCTs listados pelo Decreto nº 8.750/2016, perfazem 28 seguimentos de povos e comunidades tradicionais no Brasil, sendo eles apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2** - Distribuição dos povos tradicionais do Brasil de acordo com Decreto nº 8.750/2016.

Indígenas	Povos ciganos	Extrativistas
Pescadores artesanais	Comunidades quilombolas	Faxinalenses
Extrativistas costeiros e marinhos	Povos de terreiro e de matriz africana	Apanhadores de flores sempre vivas
Benzedeiros	Caiçaras	Raizeiro
Geraizeiros	Caatingueiros	Vazanteiros
Veredeiros	Ilhéus	Pantaneiros
Marroquianos	Povo Pomerano	Ribeirinhos
Quebradeiras de coco babaçu	Retireiros do Araguaia	Catadores de mangaba
Cipozeiros	Andirobeiros	Caboclos
Comunidades de fundos e fechos de pasto		

**Fonte:** Brasil, 2022

Historicamente os negros foram excluídos de diversas formas, tanto politicamente e economicamente, e com privação de direitos básicos, umas das alternativas para este povo foi a migração para o meio urbano, sendo os negros,

principais agentes das formações das chamadas “favelas”, ou sítios nas margens das cidades (CAMPOS, 2005). Determinadas comunidades quilombolas, na atualidade se encontram inseridas entre os problemas inerentes ao espaço urbano e a complexidade e heterogeneidade que permeiam a vida na cidade. A apropriação de seus territórios muitas vezes envolve a realidade de periferias e/ou espaços isolados e/ou segregados. São espaços etnicamente distintos, criados por grupos identitários que buscam o reconhecimento de suas identidades e garantias legais de seus direitos de propriedade para romper o ciclo de segregação espacial (OLIVEIRA, 2015). É possível notar os impactos nas comunidades que são ditas tracionais que estão nas proximidades urbanas, pois quanto maior o acesso ao meio urbano e ao mundo globalizado, possivelmente, compromete-se o modo de vida dessas comunidades, gerando impactos consideráveis em seus sistemas alimentares, o que acarreta mudanças nos hábitos alimentares, que unida à higiene inadequada, possibilita o desenvolvimento de doenças crônicas como exemplo a cárie (SILVA, 2015).

As comunidades tradicionais, caracterizadas pela exclusão étnico-racial, são impossibilitadas de utilizar as terras que foram ocupadas por eles tradicionalmente, grande parte destas terras foram ocupadas por grilheiros, fazendeiros e até mesmo pelo estado, impossibilitando o modo de sobrevivência de muitos destes que na maioria das vezes dependem dos subsídios da terra para sobreviver. Como já mencionando são definidos como comunidades tradicionais os geraizeiros, povos indígenas, ribeirinhos, povos de terreiro, quebradeiras de coco-babaçu, povos ciganos, sertanejos, caipira, roceiros e os quilombolas que é a comunidade estudada nesta pesquisa (SAWYER, 2009).

A comunidade quilombola é classificada como um povo tradicional porque são grupos sociais que desenvolvem práticas próprias de manutenção cotidiana e reprodução de seu modo de vida. Os empregos frequentemente realizados estão enraizados na agricultura de subsistência com pouca ou nenhuma acumulação de capital. É um modo de vida que depende da natureza e dos laços familiares (BRANDÃO, 2010).

Os quilombos são parte integrante da história do Brasil e têm sua origem na época da escravidão. Durante o período colonial, os africanos trouxeram à força para o País como escravos buscavam incessantemente a liberdade, enfrentando condições de trabalho desumanas e tratamento cruel (CURTO, 2005).

No Brasil os remanescentes de antigos quilombos, “mocambos”, “comunidades negras rurais”, “quilombos contemporâneos”, “comunidades quilombola” ou

“terras de preto” referem-se a um mesmo patrimônio territorial e cultural inestimável, que só recentemente passaram a ter atenção do Estado e ser do interesse de algumas autoridades e organismos oficiais. Muitas dessas comunidades mantêm ainda tradições e tecnologias que seus antepassados trouxeram da África, como a agricultura, a medicina, a religião, a mineração, as técnicas de arquitetura e construção, o artesanato e utensílios de cerâmica e palha, os dialetos, a relação sagrada com o território, a culinária, a relação comunitária de uso da terra, dentre outras formas de expressão cultural e de técnicas de referência tropical. Poderíamos dizer que sobrevivem no Brasil contemporâneo, “pedaços seculares de territórios africanos” fundamentais para o entendimento da territorialidade complexa, multifacetada e diversa do país (ANJOS, 2006, p.347).

A fim de recomeçar a vida e fugir da opressão e da violência dos senhores de escravos, a resistência dos escravos africanos acontecia individualmente ou coletivamente, ocasionando o aparecimento dos quilombos. Os quilombos representaram formas de resistência e luta contra a opressão vivenciada por africanos e seus descendentes ao longo da história brasileira, tendo emergido diante de uma situação de confronto e conflito (FURTADO; PEDROZA e ALVES, 2014).

O quilombo brasileiro é, sem dúvida, uma cópia do quilombo africano reconstruído pelos escravizados para se opor a uma estrutura escravocrata, pela implantação de uma outra estrutura política na qual se encontraram todos os oprimidos. Escravizados, revoltados, organizaram-se para fugir das senzalas e das plantações e ocuparam partes de territórios brasileiros não-povoados, geralmente de acesso difícil. Imitando o modelo africano, eles transformaram esses territórios em espécie de campos de iniciação à resistência, campos esses abertos a todos os oprimidos da sociedade (negros, índios e brancos), prefigurando um modelo de democracia plurirracial que o Brasil ainda está a buscar (MUNANGA, 1996, p.63).

Segundo o Instituto nacional de colonização e reforma agrária (INCRA) as comunidades quilombolas são grupos étnicos vulneráveis, majoritariamente formado pela população negra rural ou urbana, que se auto definem a partir das relações específicas com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias (INCRA, 2019).

A palavra “quilombo”, de origem Banto, significa acampamento ou fortaleza e foi usada pelos colonizadores portugueses para designar as povoações construídas pelos escravos fugidos do cativo. No Brasil, esses espaços eram chamados de arranchamentos, mocambos ou quilombos (SILVA; SILVA, 2014; MUNANGA, 1996). De acordo com Silva (2014), durante o período em que o Brasil foi colônia de Portugal, caracterizava-se como quilombo o agrupamento de cinco ou mais negros fugidos. Já entre o período colonial e imperial visualizamos conceitos diversos de

quilombos, como ampliado, histórico e contemporâneos (ABA, 1994, p.1; LEITE, 1999, p.140).

Após tantas lutas pelo direito à terra através da Constituição de 1988 o direito à propriedade para essas populações através do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que afirma: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Posteriormente, o decreto presidencial 4.887/2003 regulamenta o procedimento para “Identificação, Reconhecimento, Delimitação, Demarcação e Titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos”. Após a abolição da escravidão em 1888, muitos quilombos foram gradualmente abandonados ou integrados às comunidades vizinhas. No entanto, alguns quilombos resistiram ao tempo e mantiveram vivas suas tradições e identidade. Esses são os chamados remanescentes de quilombos, que se mantêm como guardiões da memória e da herança cultural africana no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescente movimento de reconhecimento e valorização dos quilombos e dos remanescentes de quilombo.

Os quilombos no Brasil são grupos sociais que se caracterizam por serem constituídos, em sua maioria, de população negra e ocuparem áreas na zona rural. Vale lembrar que a maior parte dessas terras não possui titulação, sabendo que eles só terão seus direitos territoriais reconhecidos pelo governo, após receberem a titulação (SILVA; MELO, 2010).

É perceptível que o conceito de quilombo foi se atualizando ao longo do tempo, neste caso facilitando a integração de um maior número de comunidades dentro da legalidade as comunidades rurais e urbanas que tiveram a sua origem relacionada com descendentes de ex-escravos ou de negros que não são descendentes de ex-escravos foram incluídas, porém foram excluídas da divisão latifundiária como todos os outros e que continuam à margem da sociedade brasileira (O'DWYER, 2002).

O autor Oliveira (2021) aborda a questão da ressignificação dos quilombos em um de seus trabalhos. É importante compreender que não devemos nos ater apenas ao termo antigo, mas sim reconhecer que o conceito de "quilombo" tem evoluído ao longo do tempo, dando origem a diversos termos relacionados. O uso do termo "quilombo" como sinônimo de lutas e resistências escravas, especialmente associado a Palmares, surge no final do século XVII, bem como o termo "mocambos". No século XVII, o termo "quilombo" era estrategicamente utilizado para descrever os escravos que resistiam ao

sistema escravista através da fuga. Anteriormente, "quilombo" se referia a qualquer habitação de negros fugidos, desde que era pelo menos cinco pessoas que vivia em uma área parcialmente despovoada, sem construções ou pilões. No entanto, não devemos restringir apenas a esse termo, pois existem diversas variações, principalmente em relação à localização geográfica e à forma de organização. Atualmente, existem quilombos rurais, urbanos, isolados e semi-isolados e conceitos diversos de quilombos, como ampliado, histórico e contemporâneos.

Por outras palavras, essas comunidades Contemporâneas não cabem no termo “remanescentes quilombolas” enquanto expressão semântica presa ao ideário jurídico colonial, cuja diferença (alteridade) esta concebida em oposição à sociedade inclusiva, que tem como mito a mobilização contra o sistema escravista. Os “novos quilombos” se caracterizam mais por uma noção de posse ancorada no uso comum e em uma nova maneira de colocar-se na arena política, fundada na vivência cotidiana, e não em uma visão meramente analítica. Nessa perspectiva, o que prevalece como relevante é a capacidade de as comunidades tradicionais contemporâneas agenciarem um determinado contexto e suas experiências subjetivas em torno de um sentimento de coletividade enquanto princípio organizador de suas vidas, como algo que expõe uma singularidade étnica. Pode-se dizer que o quilombo enquanto paradigma abre espaço para a inclusão do debate político de uma nova identidade, entendida como instrumento teórico-metodológico capaz de questionar as velhas estruturas da sociedade e seus estigmas. Essa ruptura ocorre à medida que o quilombo contemporâneo sinaliza que as experiências históricas da comunidade negras rurais e das comunidades tradicionais devam ser apreciadas como conteúdo político no âmbito das relações institucionais. No caso, o quilombo deixa de ser uma demanda externa para ser um direito, o que implica no reconhecimento de uma identidade étnica e, portanto, de uma reavaliação do conceito enquanto fenômeno constituído pela sociedade colonial. Daí a necessidade de uma reapropriação do termo, desmontando que a história das populações afro-brasileiras pode ser vista de forma positiva, bem como sua luta e resistência frente à sistema escravista (OLIVEIRA, 2021 p. 111-112).

O Censo Demográfico 2022 inovou ao investigar, pela primeira vez na história do Brasil, o pertencimento étnico quilombola dos residentes em localidades quilombolas. Os dados referentes à data de 31 de julho de 2022 do Cadastro Geral de Remanescentes dos Quilombos, nos termos da Portaria FCP nº 98, de 26 de novembro de 2007, indicam a existência de 2 921 certidões de autodefinição quilombola emitidas, referentes a 3 583 comunidades dispersas por 24 estados. Além disso, o cadastro informa a existência de 10 comunidades aguardando visita técnica, 75 aguardando complementações documentais no processo, 35 em análise e 8 aguardando publicação (IBGE, 2022). A partir da definição do status fundiário, foi possível constatar que o processo de titulação ainda se encontrava

em curso para 347 (70,24%) dos 494 Territórios Quilombolas oficialmente delimitados (Mapa 1).

De acordo com os resultados do Censo Demográfico 2022, a população quilombola residente no Brasil é de 1 327 802 pessoas, correspondendo a 0,65% da população. A Grande Região que concentra a maior quantidade de pessoas quilombolas é a Região Nordeste, com 905 415 quilombolas, correspondendo a 68,19% da população quilombola, seguida da Região Sudeste com 182 305 pessoas e a Região Norte com 166 069 pessoas, ambas contabilizando 26,24% da população quilombola. Responsáveis por 5,57% da população quilombola, as Regiões Centro-Oeste e Sul têm 44 957 e 29 056 pessoas, respectivamente (IBGE, 2022). No Estado do Tocantins, encontram-se 47 comunidades distribuídas ao longo de todo o território, do norte ao sul do estado FCP, 2023).

**Mapa 1**-Distribuição dos Territórios Quilombolas oficialmente delimitados, por status fundiário – 2022.

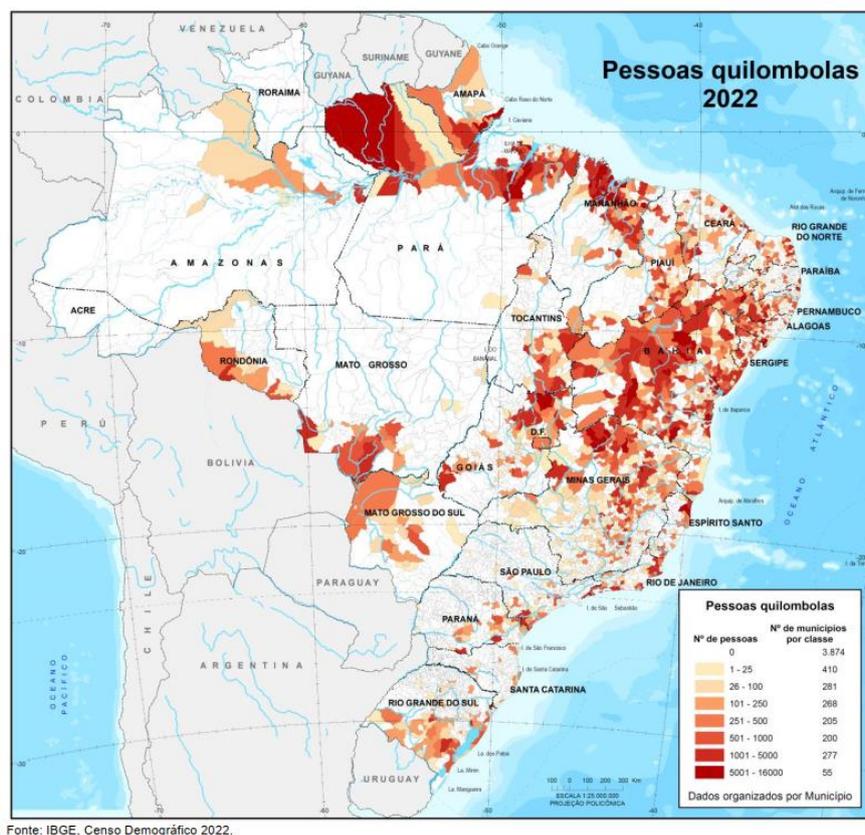


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022, com informações do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra e dos órgãos estaduais e municipais com competências relacionadas à identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de Territórios Quilombolas, termos do Decreto nº 4.887, de 2003.

Fonte: IBGE, 2022

Considerando a distribuição da população quilombola pelas Unidades da Federação, que não necessariamente estão em comunidades, o Censo 2022 apontou que, em valores absolutos, a Bahia é a Unidade da Federação com maior quantitativo de população quilombola – 397 059 pessoas –, o que corresponde a 29,90% da população quilombola recenseada. O Maranhão é a Unidade da Federação que apresenta o segundo quantitativo mais elevado de população quilombola, concentrando 269 074 pessoas quilombolas, o que corresponde a 20,26% da população quilombola recenseada. Somando a população quilombola da Bahia e do Maranhão, tem-se 50,17% da população quilombola concentrada nesses dois estados (Mapa 2).

**Mapa 2-**Distribuição do quantitativo de indivíduos declarados quilombolas.



**Fonte:** IBGE, 2022

A partir desse ponto é importante ressaltar que o fim do processo de escravização em nosso país não implicou em um processo de integração social, acarretando a migração de muitas comunidades negras para diferentes áreas do país e até mesmo para as cidades. As comunidades quilombolas vivem na maioria em locais de semi-isolamento onde se sentem mais confortáveis, livres de preconceitos da sociedade urbana (ALMEIDA, 2010).

Em resumo, os quilombos representam um capítulo importante da história do Brasil, marcado pela resistência, luta e preservação da cultura africana. Reconhecer e respeitar essa história é essencial para compreender a diversidade cultural do país e promover uma sociedade mais justa e inclusiva. Atualmente, existem políticas públicas específicas para a promoção da igualdade racial e para o fortalecimento das comunidades quilombolas. Entretanto, ainda há desafios a serem enfrentados, como o acesso à educação de qualidade, à saúde, à infraestrutura básica e ao enfrentamento do preconceito e da evidência racial. Esses desafios se dão devido a vasta heterogeneidade existente entre as comunidades quilombolas.

### 3.2 Infância quilombola

As crianças quilombolas vivenciam uma realidade peculiar, permeada por aspectos culturais e sociais ricos. A infância quilombola é marcada pela conexão com a natureza, o aprendizado das tradições e a transmissão dos conhecimentos ancestrais, a infância é vivida em comunhão estreita com o ambiente natural, onde as crianças aprendem a dominar e respeitar a terra, os rios e a fauna (PAULA; NAZÁRIO, 2017).

A autora Paula e Nazário (2017) traz uma série de questionamentos em relação a criança quilombola e apresenta a necessidade de realizar estudos sobre a infância e recorre as diferentes áreas de conhecimento para dialogar com a heterogeneidade constituinte da infância, classe social, gênero, raça e etnia. O seu estudo denuncia que a infância quilombola é invisibilizada pela história por pertencerem a grupos sociais marginalizados pela sociedade, isso resulta na negação e na falta de reconhecimento de seus direitos fundamentais, incluindo o direito de viver uma infância plena.

Os direitos das crianças são garantidos pela constituição, o artigo 227 define que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

As crianças quilombolas representam infâncias com trajetórias que remontam aos períodos de escravização de africanos e seus descendentes no Brasil, bem como às estratégias de resistência que resultaram em diferentes territórios reunidos sob o nome de remanescentes de quilombos (SOUZA, 2020).

No quilombo as crianças mantêm uma grande rede de relações, vivenciando aprendizagens e socializações em diferentes momentos e lugares, com adultos, adolescentes e, especialmente, com seus pares. Estão em diferentes espaços: na cachoeira, no riacho, no lago, no campo de futebol ou no parque. Participam, mesmo sem serem convidadas, da colheita de bananas, da retirada de hortaliças, da ordenha, da alimentação aos porcos, do culto religioso, da fabricação de doces, pães e bolachas. Enfim, circulam, interagem e socializam e aprendem, mesmo quando o 'outro', não tem a intenção de ensinar. A coletividade, a interatividade, a participação e as experiências construídas, partilhadas e vividas, especialmente entre pares, são aspectos específicos dessas crianças (PAULA; NAZÁRIO, 2017 p.102/103).

É importante destacar que a infância quilombola também enfrenta desafios, assim como os demais membros da comunidade. Muitas comunidades sofrem com a falta de acesso a serviços básicos, como educação de qualidade e saúde adequada. Ainda existem barreiras sociais e motivação que dificultam o pleno desenvolvimento das crianças quilombolas. Por isso, é necessário que políticas públicas sejam integradas para garantir o direito à educação, saúde e bem-estar dessas crianças, além de promover a inclusão e a valorização da cultura quilombola.

Quando consideramos as comunidades quilombolas e sua relação com as políticas de saúde, é impossível ignorar a grave questão que afeta as crianças. A maioria dessas comunidades é conhecida por sua conexão estreita com o meio ambiente. As famílias que vivem nestas comunidades dependem principalmente da agricultura de subsistência, em que o trabalho é realizado pela própria família, visando garantir os produtos básicos para o consumo. As crianças começam a aprender a trabalhar na lavoura desde muito jovens. As condições sanitárias são insuficientes, já que a maioria não tem acesso a água tratada ou saneamento básico. Além disso, é importante destacar a ausência de serviços de saúde locais nestas comunidades, o que obriga os habitantes a percorrer longas distâncias em busca de assistência médica quando surgem doenças. Todas estas questões acabam por aumentar o baixo índice de indicadores de saúde entre as crianças quilombolas (FREITAS *et al.*, 2011).

As experiências vividas pelas crianças nos quilombos testemunham os desafios enfrentados na relação à sociedade e ao Estado, e fornecem uma perspectiva para análise dos fenômenos que estruturam a sociedade. O preconceito racial, a discriminação racial e o racismo alcançado pelas comunidades quilombolas, seja por meio da perda de suas terras ou da criação de representações distorcidas sobre elas e seus membros. Em tempos de pandemia, em que as desigualdades sociais, raciais e de gênero são mais evidentes e

profundas, as comunidades quilombolas e suas crianças encontram-se entre os segmentos da população brasileira mais vulneráveis, sujeitos às decisões do governo que, em muitos casos, determinam quem sobrevive e quem não (SOUZA, 2020).

É notório que não só as crianças quilombolas e todas as crianças de modo geral foram tratadas da mesma forma que adultos por muitos anos por muitos anos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Deste modo, o reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como, seus direitos enquanto cidadão foi se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde a este segmento populacional, o qual passou por transformações e ainda permanece em constante construção. (ARAUJO *et al.*, 2014).

No século XVII, houve uma mudança na percepção da criança, sendo reconhecida como importante para as famílias. No entanto, o abandono contínuo sendo uma prática, especialmente entre os ilegítimos e expostos. A responsabilidade pela criança foi assumida pela sociedade organizada, passando por diferentes fases até que a criança se tornasse sujeita de direitos no Estado do Bem-Estar Social. As concepções higienistas levavam à separação das crianças de suas famílias em colégios internos. A redução da mortalidade infantil só foi possível com a conscientização da sociedade e investimentos em políticas públicas e saúde materno-infantil (ARAUJO *et al.*, 2014).

A proposta de uma política pública de saúde resulta de processos históricos, lutas e reivindicações, nos quais a população e os governantes estão envolvidos. Ela surge por meio de debates sobre os direitos humanos em um contexto global ou local. No caso específico da saúde da criança, essa proposta foi moldada ao longo do tempo, com base em diferentes iniciativas e programas (ARAUJO *et al.*, 2014). Segue abaixo (Quadro3), determinados acontecimentos relacionados à implementação de políticas públicas para a saúde da criança no Brasil

**Quadro 3-** Os avanços das políticas implementadas para a saúde da criança em diferentes décadas no Brasil.

Na década de 1920	Autoridades públicas e privadas expressaram preocupação com o adoecimento infantil, que deixou de ser apenas uma preocupação de entidades caritativas. Surgiram discussões sobre aleitamento materno e assistência médica
-------------------	---

	às crianças, relacionadas ao número de faltas das mães trabalhadoras nas criadas.
Entre as décadas de 1930 e 1940	Foram implementados programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, sob a coordenação do Departamento Nacional da Criança. No entanto, essas ações tinham caráter curativo e individualizado, conduzidos para a redução do absenteísmo das mães no trabalho
Somente em 1953	Houve o desmembramento dos Ministérios da Educação e da Saúde, e o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade do Departamento Nacional da Criança. A partir desse período, foram protegidas diversas ações e estratégias para a saúde da criança, visando à redução da mortalidade infantil e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.
Na década de 1970	Foi aprimorado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com ações preventivas, mas centralizadoras, que desconsideravam a diversidade regional. No final dessa década, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a se chamar Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, assumindo a responsabilidade pela assistência à saúde da mulher, criança e adolescente em nível central.
Nos anos 1980	Identificou-se a necessidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, surgindo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
Em 1995	Foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, visando incentivar o aleitamento materno. Posteriormente, foram implementados programas como a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e a Rede Amamenta Brasil, buscando a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade infantil.
Em 2011	Foi implantada a Rede Cegonha, visando garantir e qualidade assistencial à mulher em todo o ciclo reprodutivo, além de

	promover o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança. Outras estratégias foram adotadas, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.
--	--

**Fonte:** Elaboração do autor com base em ARAUJO *et al.*, 2014.

## 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE BUCAL

### 4.1 Políticas públicas para população negra

Pode-se dizer que o processo de políticas públicas é uma forma moderna de lidar com as incertezas causadas por contextos sociais em rápida mudança, em que, para responder de forma mais eficaz às demandas e necessidades da sociedade, torna-se necessária a participação das pessoas na formulação de políticas. Mas o que é política pública? É um fluxo de decisões públicas, que visa manter o equilíbrio social ou introduzir desequilíbrios para corrigir essa realidade. As decisões são regidas pelas próprias correntes e pelas reações e mudanças que elas provocam nas estruturas sociais, bem como pelos valores, ideias e visões daqueles que adotam ou influenciam a decisão. Elas podem ser vistas como estratégias voltadas para diferentes fins, todas, de certa forma, desejadas por diferentes grupos que participam do processo decisório (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

O debate em torno das políticas públicas direcionadas à comunidade negra continua sendo um assunto sensível. A ausência dessas políticas ao longo dos anos após a abolição da escravidão no Brasil resultou na exposição contínua da população negra a situações de vulnerabilidade. A História também evidência que o racismo, mesmo após a abolição, persistiu e se fortaleceu. Os conceitos de desigualdade entre brancos e negros se baseavam em diferenças físicas e biológicas, o que contribuiu para o agravamento das disparidades raciais no país (HERINGER, 2001).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, por meio de uma política pública de Estado, o direito das comunidades quilombolas à terra, por meio do processo de titulação. No entanto, é importante destacar que a efetivação desse direito e a obtenção das terras não foram concluídas de maneira abrangente. Apenas cerca de 20 anos depois, políticas públicas capazes de seguir nesse assunto específico. Um marco importante ocorreu com o Decreto Federal número 4.887 de 2003, que estabeleceu os processos de regulamentação fundiária controlados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma

Agrária (INCRA). Esse decreto contribuiu para um reconhecimento mais efetivo das comunidades remanescentes de quilombos, indo além do reconhecimento apenas de sua dimensão cultural, mas o direito permanente dessas comunidades à terra, que pertenciam aos seus antepassados (URQUIZA; SANTOS, 2017, p.237).

As políticas públicas destinadas às comunidades do campo e indenitárias, quilombolas e indígenas, começou a ser implementadas a partir dos anos 2000 (PERES; MOURA, 2018). Até então as políticas eram gerais, a partir desses anos que as políticas específicas foram criadas com a garantia para a população negra, cotas em universidades, os programas de combate ao racismo foram ampliados e políticas de valorização da cultura e história da raça negra foram surgindo. Tudo isto só aconteceu quando houve o início do reconhecimento das desigualdades raciais como problema prioritário, e reconhecer que estas são provocadas por um conjunto de fatores indissociáveis sendo essencial para o desenvolvimento de debates e criação das políticas públicas voltadas a sua redução (IPEA, 2010).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), por meio da Lei nº 10.678, de 23 de março de 2003, como um órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com status de ministério, é uma conquista importante do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como responsabilidade promover a igualdade e proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, através do acompanhamento e coordenação das políticas de diversos ministérios, incluindo o Ministério da Saúde, bem como outros órgãos do governo brasileiro. (BRASIL, 2003).

Entre projetos elaborados, foi criado o Projeto de Lei 10.639/03, que teve como objetivo introduzir o ensino obrigatório da História da África e da História Afro-brasileira na grade curricular das escolas públicas e privadas, tanto no ensino fundamental quanto no ensino médio. Além disso, esse projeto também estabeleceu o dia 20 de novembro como o "Dia da Consciência Negra" no calendário oficial. Dessa forma, o projeto visava promover uma educação mais inclusiva e abrangente, buscando reconhecer a importância da história e da cultura africana e afro-brasileira, bem como combater estereótipos e promover a valorização da diversidade étnico-racial na sociedade brasileira.

Em 2008, a Lei 10.639/03 foi substituída pela Lei 11.645/08, que ampliou o escopo do ensino ao incluir não apenas a História da África e da História Afro-brasileira,

mas também o ensino sobre História e Cultura Indígena. É importante ressaltar que ambas as leis são complementares à Lei 9.394/96, que estabeleceu as diretrizes da educação nacional (PÊSSOA, 2010). Com essa mudança legislativa, o objetivo foi promover uma educação mais abrangente e plural, reconhecendo e valorizando não apenas a diversidade étnico-racial afro-brasileira, mas também a cultura e a história dos povos indígenas. Essas leis buscaram promover uma maior conscientização, respeito e valorização das contribuições e da importância desses grupos na formação da identidade brasileira, proporcionando uma educação mais inclusiva e igualitária.

Dentro do contexto das políticas públicas voltadas para o ensino da história negra no Brasil, a representatividade e promoção da cultura quilombola são consideradas como elementos centrais. No entanto, é importante destacar que há outros fatores a serem considerados, como compreender a realidade das comunidades remanescentes de quilombos. Somente em 2012, por meio do Artigo 1º da Resolução 8/2012 do Conselho Nacional de Educação (CNE), foi implementado o Ensino de Quilombo das Escolas (EQE), o que possibilitou a criação de Escolas de Educação Escolar Quilombola (EEEQ).

Atualmente, como desigualdades têm recebido uma maior atenção das autoridades, novas ações estão sendo integradas no sentido de reduzi-las. No Brasil, políticas de cotas em universidades, ações direcionadas à redução da morbidade e mortalidade infantil, além do combate de doenças prevalentes na população negra, são exemplos de promessas de políticas sociais específicas. No entanto, é importante ressaltar que ainda há muito a ser feito (MORAIS, 2012). Embora essas políticas tenham sido implementadas visando a promoção da equidade e o combate às disparidades raciais, existem desafios persistentes que precisam ser enfrentados. É necessário um esforço contínuo para ampliar o alcance e passar por essas políticas, bem como para desenvolver novas abordagens que abordem as raízes profundas das desigualdades e promovam uma inclusão mais ampla e igualitária.

A relação entre origem étnica e saúde originou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, (Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009), a qual reconhece a injustiça sociocultural e econômica como estruturante da iniquidade. O documento visa à conscientização de movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores e conselheiros do Sistema Único de Saúde quanto ao papel do racismo como determinante social de saúde (BRASIL, 2017).

Em relação à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o propósito é o de garantir maior grau de equidade, no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis (BRASIL, 2013).

No campo da saúde, as iniciativas voltadas para a população quilombola estão concentradas principalmente no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Quilombola, com foco nas obras de saneamento e infraestrutura. No relatório do Ministério da Saúde, as ações destinadas à população quilombola são, em sua maioria, destinadas a promover a equidade, por meio da adição da cobertura de programas já existentes, como o Programa de Habitação e Saneamento, as iniciativas de segurança alimentar e nutricional, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, o relatório menciona a realização de oficinas de apoio social e educação em saúde específicas para a população quilombola. Também é mencionado que, para a elegibilidade de financiamento e execução de projetos de saneamento em municípios com menos de 30 mil habitantes, é considerada a presença de comunidades quilombolas, juntamente com assentamentos e reservas extrativistas (ARRUTI, S/D).

O Programa Brasil Quilombola é composto por um conjunto de ações denominadas "Agenda Social Quilombola" (Decreto nº 6.261/2007), que tem como objetivo melhorar as condições de vida e ampliar o acesso a bens e serviços públicos das pessoas que vivem em comunidades quilombolas no Brasil. Essas ações são desenvolvidas de forma integrada por diversos órgãos do Governo Federal responsáveis por sua execução. A Agenda Social Quilombola abrange uma série de iniciativas lançadas em quatro eixos principais: Acesso a Terra; Infraestrutura e Qualidade de Vida; Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania (BRASIL, 2021). O Programa Aquilomba Brasil, lançado por meio do Decreto nº 11.447/2023, garante os direitos da população quilombola no país: Art. 4º O Programa Aquilomba Brasil compreenderá ações destinadas aos seguintes eixos temáticos: I - Acesso à terra e ao território; II - Infraestrutura e qualidade de vida; III - inclusão produtiva e desenvolvimento local; e IV - Direitos e cidadania.

Em 2021, a Equipe de Conservação da Amazônia (ECAN) projetos sociais, realizou um levantamento de políticas públicas de apoio às comunidades quilombolas em seis estados do país inclusive no Tocantins. Diante desses e de outros desafios, os levantamentos foram produzidos para promover o conhecimento a direitos essenciais,

apoiar as comunidades quilombolas em suas reivindicações e fomentar a qualidade de vida nos territórios, abaixo as políticas públicas encontradas no estado do Tocantins estado onde se encontra as duas comunidades do estudo. O Quadro 4 apresenta a distribuição de políticas públicas aplicadas em comunidades quilombolas do Tocantins.

**Quadro 4-**Distribuição de políticas públicas aplicadas em comunidades quilombolas do Tocantins de acordo com eixo temático e ano de elaboração.

<b>EIXO</b>	<b>ANO</b>	<b>POLÍTICA PÚBLICA</b>
Políticas públicas de direito e cidadania	2005	<b>PARTICIPAÇÃO</b> Decreto n2483/2005 Comitê estadual gestor do programa Brasil quilombola e comunidades tradicionais no estado do Tocantins
Políticas públicas de direito e cidadania	2008	<b>DIREITOS</b> Lei 1939/2008 Direito a moradia assegurando diante de intervenção e suspensão de vegetação
Políticas públicas de direito e cidadania	2009	<b>SEGURANÇA ALIMENTAR AGRICULTURA FAMILIAR</b> Lei 2069/2009 Possibilidade de isenção na taxa de serviços estaduais-TSE na emissão de notas fiscais avulsas relativas à operação interna de produtos agropecuários, produzidos por agricultores familiares, enquadrados no programa nacional de fortalecimento da agricultura familiar-PRONAF.
Políticas públicas de inclusão produtiva e desenvolvimento local	2013	<b>CULTURA</b> Decreto nº 4944/2013 Regulamenta o programa de incentivo à cultura no estado do Tocantins - PROCULTURA-TO

Políticas públicas de direito e cidadania	2015	IGUALDADE RACIAL Decreto nº 5441/2015 Instituiu o conselho estadual de promoção da igualdade racial-CEPIR
Políticas públicas de direito e cidadania	2015	EDUCAÇÃO Lei nº 2977/2015 Plano estadual de educação do Tocantins - PEE/TO (2015-2025)
Políticas públicas de inclusão produtiva e desenvolvimento local	2017	CULTURA- PARTICIPAÇÃO Lei nº 3252/2017 Sistema de cultura do Tocantins -SC/TO

**Fonte:** Elaboração do autor com base em ECAN, 2021.

#### 4.2 Saúde bucal

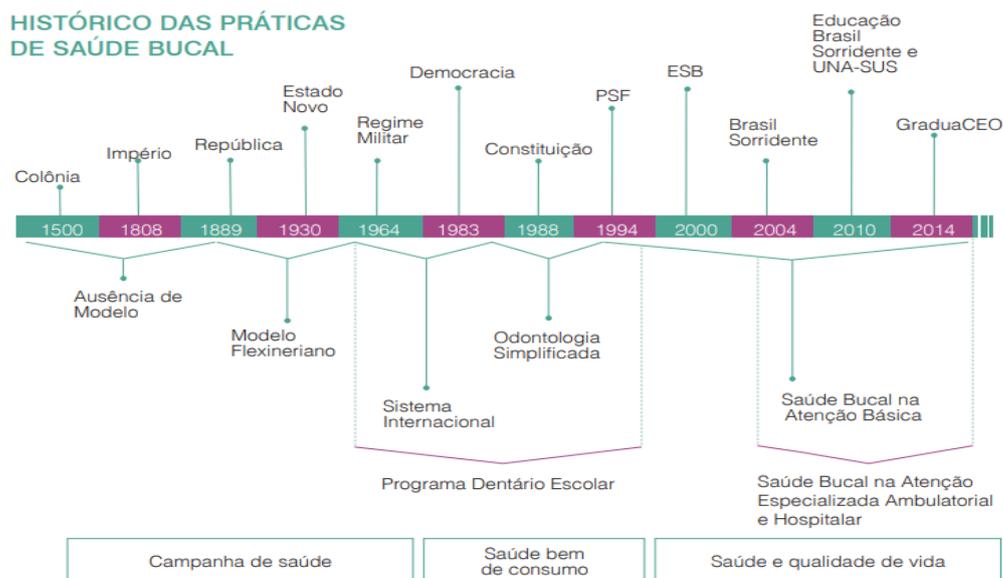
As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal buscam considerar o que está consagrado na Constituição Federal Brasileira (Capítulo II, Seção II, artigo 196) (BRASIL, 1988): “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, portanto, sabemos que a odontologia esteve a margem das políticas de saúde pública por muitos anos. O acesso à saúde bucal para os brasileiros é extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumem a cuidar apenas dos dentes quando estão com dor. Essa demora no tratamento, aliada à disponibilidade limitada de serviços odontológicos, fazia com que o tratamento oferecido pela rede pública seja a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora (BRASIL,2016).

No Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (BRASIL, 2004a) foi criado um documento que teve a participação direta de cerca de 90 mil pessoas em todo o País, assinalou-se que: um dos maiores indicadores de exclusão social é as condições de saúde bucal e para o enfrentamento desses problemas não precisa só de profissionais capacitados, é necessário que se crie políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais.

Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir ações que promovam, previnam, restaurem e mantenham a saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a

qualidade de vida da população. Os seus objetivos visam a reorganização do funcionamento e a melhoria da qualidade das ações e serviços prestados, reunindo um conjunto de ações de saúde oral para cidadãos de todas as idades, no quadro do reforço dos cuidados de saúde primários, existe um papel estruturante no quadro geral do acesso global e cuidados com a saúde bucal( BRASIL, 2018).

**Figura 2-** Evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil.



**Fonte:** Vasconcelos; Fratucci, 2014

É possível observar que há muitas ações na área da saúde, porém o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda apresenta muitos obstáculos a serem atingidos para que se cumpram os seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Para que isso aconteça, a população deve reivindicar seus direitos constitucionais para que possam ter uma melhor qualidade de vida. As Políticas públicas devem ser bem distribuídas sem fazer acepção de pessoas para que dessa forma todos possam ter acesso de qualidade, além de consideradas as especificidades de cada população, como as comunidades quilombolas.

Embora existam componentes genéticos que explicam essas doenças, a exposição a determinados hábitos de vida potencialmente contribuem para uma maior prevalência nesse grupo da população. Além das doenças crônicas, a população negra está mais exposta a doenças transmissíveis (MATOS; TOURINHO, 2018).

Conforme pontuado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os quilombolas pobres enfrentam problemas de saúde recorrentes que estão diretamente

ligados às desigualdades históricas, o que resulta em maior segregação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2001). Além das barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde, há uma explicação possível para a subutilização desses serviços pela população quilombola, que se relacionam com as iniquidades enfrentadas, as quais vão além das questões de saúde e estão expressas principalmente nas condições sociais e de luto precárias (GOMES, 2013).

Como mencionado anteriormente, as doenças bucais representam uma expressão da “biologia da desigualdade”: podem ser consideradas como a expressão biológica de fatores sociais colocados em uma hierarquia explicativa em termos de mecanismos causais, sequenciados do nível macro (desigualdade perante a sociedade; precariedade ao acesso de um profissional na área) para o nível meso (indivíduo; cuidados com a higiene bucal, escovação dos dentes, passar fio dental após a refeição) e o nível micro (célula; doenças congênitas, lábio leporino, amelogenese imperfeita) (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A dor e a perda dentária, bem como outros agravos em saúde bucal em adultos e, conseqüentemente, em crianças, têm sido associadas a fatores como educação, renda e grupo racial. A condição bucal, portanto, pode expressar uma história vivida. Indivíduos com baixo status social, econômico e escolaridade carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade pouco estudada nos seus aspectos estruturais (PAIXÃO, 2017).

A doença cárie em crianças, se não tratada a tempo, poderá causar danos à vida dessa criança como dor, disfunção temporomandibular, dificuldade de concentração, além de problemas estéticos, que muito afetam a qualidade de vida e seu potencial de sucesso, sendo que os grupos mais suscetíveis à carie, incluem crianças de classe econômica menos favorecidas e aquelas com pais com baixa escolaridade (DIAS, 2018, p.996), visto que a literatura nos mostra que a medida que se aumenta o IDH (Índice de desenvolvimento humano), existe uma diminuição no número de dentes cariados perdidos e obturados (QUARESMA, 2020).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010) os índices de CPO-D (Cariados, Perdidos e Oturados) dos autodeclarados negros é o mais alto, sendo importante destacar que os dados da população negra estão separados da população parda, visto que esses valores podem aumentar de forma significativa se unificados. As doenças bucais constituem um problema global de saúde pública, com particular preocupação com sua crescente incidência em muitos países de baixa e média renda, ligadas a mudanças sociais, econômicas e comerciais mais amplas. Ao descrever a extensão das doenças bucais, seus determinantes sociais e sua negligência contínua na política de saúde,

denunciamos urgência e prioridade na solução desse problema global e intensificado em comunidades socialmente vulneráveis (OMS, 2003).

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 Tipo do estudo**

O estudo consistiu em uma pesquisa de campo dividida em duas etapas: uma etapa descritiva observacional e uma etapa observacional analítica, utilizando métodos mistos. O objetivo principal das pesquisas descritivas são a descrição das características de determinada população, fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Além disso, pode-se estudar características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental (GIL, 2002). Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade, entre outros, as pesquisas descritivas abrangem um campo bem maior com muitas outras variáveis (GIL, 2002). Diante desses recursos, foi realizada uma descrição das comunidades quilombolas do estudo, por meio de observação direta, a fim de avaliar as condições sociodemográficas, sanitárias, clínico-odontológicas e utilização de serviços de saúde.

A etapa observacional analítica do estudo avaliou, mediante uma abordagem qualitativa e quantitativa, crianças de duas comunidades quilombolas do norte do Tocantins. Primeiramente, foram obtidos dados quantitativos sobre a saúde bucal das crianças e na sequência foram realizadas análises qualitativas dentro do paradigma interpretativo, para desta forma gerar uma análise que se aproxime o mais real possível da situação de saúde bucal das comunidades estudadas.

Segundo Knechtel (2014), a pesquisa quantitativa é baseada no teste de uma teoria e composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, é uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema humano ou social, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não, ou seja a pesquisa quantitativa está ligada ao dado imediato, se preocupando com a quantificação dos dados, comprovando a validação de uma teoria a partir de análises estatísticas.

De acordo com Godoy (1995), pode-se constatar que ao logo do tempo as pesquisas das ciências sociais (a ciências que trata dos fenômenos sociais e humanos), foi marcada por estudos quantitativos, hoje há também uma outra abordagem dentro das

ciências sociais: a pesquisa qualitativa; este tipo de pesquisa utilizada por antropólogos e sociólogos começa a se firmar nos campos da educação, na administração de empresas e também no campo da psicologia, afirmando a complementaridade das abordagens.

Para Souza e Kerbauy (2017), analisando sob uma perspectiva metodológica, não há contraposição entre esses dois métodos de abordagem, uma vez que não existem discrepâncias e também não há uma transição suave entre as duas formas de investigação. Em termos epistemológicos, nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra, visto que possuem naturezas distintas, e sem haver conflito, um estudo pode tender a ser mais qualitativo do que quantitativo, ou vice-versa.

A forma puramente quantitativa seria limitada no entendimento do problema em questão, não sendo capaz captar as experiências subjetivas dos indivíduos acerca de seu bem-estar e condições de vida. Considerando a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques, o caminho seguido nesta busca pode possuir contornos diferentes. (GODOY, 1995)

Em linhas gerais, num estudo quantitativo o pesquisador conduz seu trabalho a partir de um plano estabelecido a priori, com hipóteses claramente especificadas e variáveis operacionalmente definidas. Preocupa-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados. Busca a precisão, evitando distorções na etapa de análise e interpretação dos dados, garantindo assim uma margem de segurança em relação às inferências obtidas. De maneira diversa, a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58)

Para maior compreensão dos métodos e técnicas a serem utilizados no presente trabalho, resumimos um quadro metodológico, **Quadro 5**.

**Quadro 5**-Métodos e Técnicas utilizados no presente estudo.

Métodos	Princípio do método e técnica
Abordagem	<b>Indutivo:</b> É um método responsável pela generalização, isto é, partimos de algo particular para uma questão mais ampla, mais geral. O método indutivo passou a ser visto como o método por excelência das ciências naturais. Com o advento do positivismo, sua importância foi reforçada e passou a ser proposto também como o método mais adequado para investigação nas ciências sociais. (GIL, 2008, p. 11). Neste caso partimos desse método, pois

	depois de pesquisar os indivíduos no seu particular almejamos chegar nos possíveis impactos gerais da saúde bucal das crianças quilombolas.
Procedimentos	<p><b>Estatístico:</b> este método possibilita uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado. Conforme Gil (2008, p. 17), “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais.” O método estatístico se apresenta como uma ferramenta- base para o comparativo das variáveis das duas comunidades a serem estudadas.</p> <p><b>Comparativo:</b> “Sua ampla utilização nas ciências sociais se deve ao fato de possibilitar o estudo comparativo de grandes grupamentos sociais, separados pelo espaço e pelo tempo.” (GIL, 2008, p. 16-17).</p>
<b>Técnicas</b>	
Documentação Direta	<p><b>Observação Não-participante:</b> o pesquisador toma contato com a comunidade, o grupo ou a realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora. Presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador (PRODANOV, 2013, p. 105). Foi realizada uma descrição das comunidades quilombolas do estudo, por meio de observação direta, a fim de avaliar as condições e utilização de serviços de saúde.</p> <p><b>Exame clínico odontológico:</b> Cabe ao cirurgião-dentista a identificação e o diagnóstico dos casos de alterações nas estruturas bucais, tal diagnóstico é possível apenas por meio de um exame clínico sistemático, ordenado e completo, composto por anamnese e exame físico intraoral e extraoral (MARSI et al., 2009).</p> <p><b>Questionário:</b> O questionário, numa pesquisa, é um instrumento ou programa de coleta de dados. A linguagem utilizada no questionário deve ser simples e direta, para que o respondente compreenda com clareza o que está sendo perguntado (PRODANOV, 2013, p. 108). Nesta pesquisa foram utilizados os questionários estruturados validados para trazer resposta para as variáveis pesquisadas.</p>

**Fonte:** Elaboração do autor

## 5.2 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) no dia 28 de fevereiro de 2023, com o comprovante 126889/2022 e CAAE 65012522.9.0000.5519 (**ANEXO 1**). Após a aprovação, iniciamos a calibração da equipe composta por colaboradores das instituições FACIT e IFTO, envolvendo alunos de graduação em odontologia, professores e alunos dos cursos técnicos de enfermagem e análises clínicas, tanto para os questionários como para os índices bucais; e a organização do recrutamento dos participantes juntamente com os presidentes e moradores das comunidades. A coleta de dados foi realizada inicialmente na comunidade Cocalinho, e na sequência na comunidade Dona Juscelina. A pesquisa

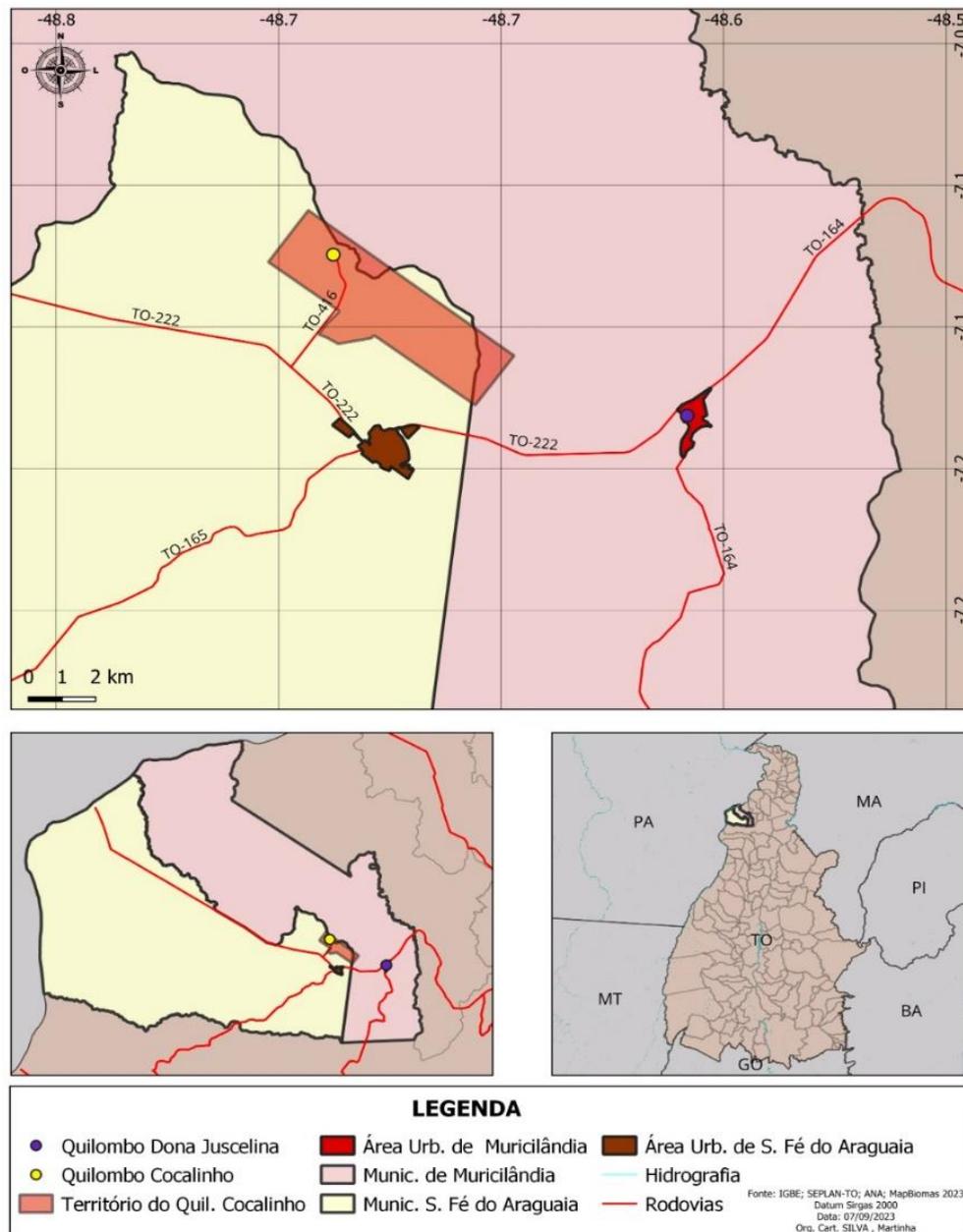
apresentou três termos aprovados pelo CEP: a) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Para os Pais ou responsáveis (**APÊNDICE 1**); b) TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AOS MENORES DE IDADE – Participantes dos índices bucais e dos questionários participantes de 5anos (**APÊNDICE 2**); c) TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AOS MENORES DE IDADE-Participantes dos índices bucais e dos questionários participantes de 12 anos ( **APÊNDICE 3**).

### 5.3 Local do estudo: Comunidades quilombolas Cocalinho e Dona Juscelina

Cocalinho foi reconhecida oficialmente como Comunidade Quilombola no ano de 2006 pela Fundação Cultural Palmares e está localizada aproximadamente a onze quilômetros de distância da área urbana do município de Santa Fé do Araguaia, Tocantins, município com 7.216 habitantes (IBGE, 2022). A comunidade de Dona Juscelina está localizada dentro da área urbana do município de Muricilândia, Tocantins, município com 3.367 habitantes (IBGE, 2022) e foi oficialmente reconhecida no ano de 2010. O Mapa 3 apresenta a localização das comunidades quilombolas Cocalinho e Dona Juscelina. A comunidade Cocalinho tem aspectos de vila rural e a comunidade Dona Juscelina por estar localizada dentro da cidade, possui características mais urbanas, as duas comunidades fazem parte da microrregião Araguaína, cidade que tem uma população 171.301 habitantes em (IBGE, 2022).

Os primeiros moradores chegaram na região por volta do final da década de 1950 e início dos anos 1960, oriundos do estado do Maranhão, formando então essas comunidades. Cocalinho é uma vila com média de duzentas famílias associadas. Este termo “Cocalinho” tem origem da palmeira babaçu, árvore abundante na região entre os estados do Maranhão, Piauí e Tocantins. Dona Juscelina chegou na região por volta da década de 1950, é considerada a matriarca da sua comunidade e a comunidade leva seu nome como forma de homenagem, e por relatar histórias de parentes próximos que foram submetidos ao trabalho escravo. Uma das moradoras de Cocalinho é irmã de Dona Juscelina e reporta que seu pai foi escravo (OLIVEIRA, 2018).

**Mapa 3-**Mapa da localização das comunidades quilombolas Cocalinho, localizada no município de Santa Fé do Araguaia e Dona Juscelina, no município de Muricilândia, ambas no estado do Tocantins.



**Fonte:** Elaboração do autor

#### 5.4 Critério de inclusão

Os indivíduos selecionados foram crianças na faixa etária 5 e 12 anos de idade. Essa faixa etária foi selecionada, pois segundo o SB Brasil são as idades índices, 5 anos é de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que pode exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índice, além de ser usada

internacionalmente para aferição do ataque de cárie em dentes decíduos, e 12 anos avalia a dentição permanente. A idade de monitoramento global da cárie para as comparações internacionais e acompanhamento das tendências da doença foram incluídas crianças registradas na Associação da comunidade quilombola, e aquelas em que pais ou responsável legal assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando que o menor participe da pesquisa.

#### 5.5 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa as crianças que não estavam dentro da faixa etária selecionada ou que não estivessem registradas nas Associações das referidas comunidades quilombolas, ou mesmo que os pais ou responsáveis se recusassem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, outros critérios de exclusão foi a ausência do responsável no dia da coleta de dados e crianças com impossibilidade física ou intelectual que impedisse a realização do exame clínico bucal.

#### 5.6 Tamanho da amostra

Tratam-se de comunidades com baixa densidade populacional, com número limitado para a população objeto de estudo, portanto foram recrutados o máximo de crianças e responsáveis para o desenvolvimento da pesquisa. A amostragem foi baseada no total da população de crianças, levantando por meio da associação. De acordo com as associações quilombolas, há uma estimativa de 20 crianças em Cocalinho (9 crianças de 5 anos e 11 crianças de 12 anos) e 30 em Dona Juscelina (17 crianças de 5 anos e 13 crianças de 12 anos). Segundo Braga (2019) comunidade Cocalinho possui 272 associados e conforme dados da atenção básica do município média de 502 habitantes registrados pelo Programa Saúde da Família (PSF), já em Dona Juscelina estimativa dada pelo presidente Manoel Filho cerca de 356 famílias, aproximadamente 1200 quilombolas.

#### 5.7 Calibração da equipe

Foi realizada a calibração para obtenção do índice bucal (CPO-D e ceo-d) e condição das escovas dentais. Para os índices bucais foram calibradas as equipes, composta de um examinador e um anotador. Em um primeiro momento foi discutido os aspectos teóricos e práticos dos índices para assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos. Foi realizada uma seleção de alunos de odontologia do 6º ao 9º período de uma instituição parceira Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT), alunos estes que passaram por uma disciplina chamada Saúde Coletiva, já apresentando contato com pesquisas de campo e aplicação de CPO-D e ceo-d. Depois desta seleção, houve

uma momento de reunião com o grupo para discutir as dúvidas e calibração das atividades propostas na presente pesquisa.

#### 5.8 Calibração da equipe para a aplicação dos questionários (sociodemográficos e morbidade bucal referida)

Para os questionários, os entrevistadores foram submetidos uma apresentação e explicação teórica a respeito da metodologia e aplicação dos questionários em uma reunião. Na mesma reunião, foi discutido sobre a importância da neutralidade científica, em relação ao comportamento do entrevistador, para que não houvesse influência nas respostas na efetivação da pesquisa. Além disso, foi destacada a importância da pesquisa na contribuição de elementos para a implementação e otimização de políticas públicas eficientes para essas comunidades.

A equipe executora foi orientada na clareza e leitura das questões, na forma como foram elaboradas, sendo o entrevistador imparcial e neutro, não ofertando dicas de resposta, pois o entrevistado não pode ser influenciado.

#### 5.9 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se na comunidade Cocalinho no dia 01 de abril de 2023, na sede da Associação quilombola. O primeiro momento foi onde apresentamos a pesquisa aos pais ou responsáveis, para que eles pudessem autorizar a participação dos filhos no estudo. Após os pais autorizarem aos filhos a participar, foi aplicado o termo de assentimento e depois assinado, só assim a coleta de dados foi iniciada.

O primeiro trabalho de campo contou com a participação de três entrevistadores previamente calibradas para a aplicação dos questionários. Após as entrevistas com os pais, as crianças foram direcionadas para a avaliação odontológica que se dividiu em várias equipes formadas por um examinador, um para anotador e outro para suporte a equipe foi formada por cirurgião-dentista e estudantes de odontologia. Esta equipe específica aplicou o CPO-D e ceo-d, a avaliação das escovas dentais e o questionário referente à saúde bucal avaliando a percepção dessas crianças em relação a saúde bucal, além de ensinar a técnica de escovação, foi realizada a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Dados de 16 crianças da Comunidade Cocalinho foram coletados.

No dia 17 de junho de 2023, iniciou-se a coleta de dados na comunidade Dona Juscelina, onde foram coletados dados de 22 crianças. Todos os treinamentos e protocolos aplicados na Comunidade Cocalinho foram aplicados do mesmo modo na Comunidade Dona Juscelina.

Como recurso para recrutamento dos participantes, foi elaborado um informativo para as duas comunidades, convidando crianças dessas duas faixas etárias para participar da pesquisa (**APÊNDICES 4 E 5**). O local de apoio para a realização de todos os questionários foi a sede das associações quilombolas. No entanto, muitas crianças não foram até à associação e a equipe de pesquisa realizou busca ativa até os domicílios, já que havia o intuito de conhecer o território da comunidade e como realmente era as condições de moradia de cada participante.

Após a finalização da pesquisa, foi elaborado um relatório que indica grau de necessidade de atendimento odontológico que será enviado para Secretaria de saúde dos municípios e para as associações. As crianças com necessidade de tratamento serão encaminhadas para a clínica odontológica da FACIT, para atendimento especializado.

A execução dos exames foi à luz natural, com a criança a ser examinada sentada (Figuras 3 e 4). O local escolhido para realização dos exames foi bem iluminado e ventilado. Todos os procedimentos de biossegurança foram adotados: lavagem de mãos; uso de equipamento de proteção individual (EPI), uso de jaleco, luvas, máscara e gorro.

**Figura 3**-Execução do exame clínico-odontológico à luz natural na sede da associação quilombola Cocalinho.



**Fonte:** arquivo próprio

**Figura 4-**Execução do exame clínico-odontológico à luz natural no domicílio de um dos participantes de Dona Juscelina.



**Fonte:** arquivo próprio

#### 5.10 Instrumentos de coleta de dados e variáveis de investigação

As variáveis 5.10.1 até 5.10.4 são as mesmas variáveis que foram utilizadas na pesquisa nacional de saúde bucal, SB Brasil 2020. <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020> (ANEXO 2)

##### 5.10.1 Cárie dentária e necessidade de tratamento.

Originalmente descrito por Klein e Palmer (1937), o CPOD é o índice comumente utilizado para determinar a experiência de cárie dentária, nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, planejamento e avaliação de programas de assistência odontológica e nas pesquisas de prevenção primária. Para a condição dentária, foi utilizado o índice preconizado pela OMS (WHO, 1997), do qual se pode inferir o CPO-D (dentição permanente) dentes permanentes cariados, perdidos e obturados e o ceo-d (dentição decídua) determinando-se o número de dentes decíduos cariados, esfoliados e obturados. Dessa forma, maior qualificação do índice pode ser proporcionada pela combinação das distintas medidas de necessidades de tratamento (BRASIL, 2010).

Foi realizado o exame clínico dessas crianças por meio de fichas clínicas. Após a coleta de dados, fez-se o seguinte cálculo: “número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados”, dividido pelo “número total de crianças residentes examinadas, de 5 e 12 anos de idade. A partir do valor obtido, o CPOD possui a seguinte interpretação: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais). Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, frequentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares. Também pode indicar limitado acesso ao flúor (BRASIL, 2010).

#### 5.10.2 Demografia, condição socioeconômica, acesso e utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impacto em saúde bucal

Com o objetivo de avaliar o perfil demográfico e socioeconômico das famílias, a idade, o sexo, a cor ou raça e a escolaridade dos participantes; o acesso e a utilização de serviços de saúde bucal; a morbidade bucal referida; a autopercepção de saúde bucal e o impacto da saúde bucal nas atividades diárias, foi empregado um questionário para entrevistar os responsáveis pelos participantes de 5 e 12 anos de idade.

Dessa forma, incorpora-se a avaliação de determinantes sociais da saúde e aspectos subjetivos em saúde bucal, que possibilitarão melhor compreensão do processo saúde-doença bucal para melhor estruturação da rede de cuidados em saúde bucal.

Para efeitos de comparação e padronização, as questões do questionário foram as mesmas questões utilizadas no SB BRASIL 2020. Essas questões foram selecionadas de instrumentos previamente validados no Brasil ou de pesquisas em saúde de base nacional, e estão organizadas em blocos temáticos.

#### 5.10.3 Caracterização demográfica e socioeconômica da família e informações sobre o domicílio

As questões foram aplicadas a um responsável adulto do domicílio, pois são comuns a todos os moradores. Quando indicado e conforme será descrito a seguir, para os participantes de 5 e 12 anos, as questões destes blocos foram respondidas pelos responsáveis (adulto da família que cuide da criança e adolescente de 12 anos por pelo menos, oito horas semanais: mãe biológica, pai biológico, mãe ou pai adotivos, avós, tias, irmão).

#### 5.10.4 Sexo, idade, cor ou raça e escolaridade

O registro da idade foi baseado na idade referida no momento da entrevista/exame, e a cor ou raça na autodeclaração do participante ou responsável. Com relação à educação, foi avaliado se o indivíduo frequenta a escola, a pré-escola ou a creche; se sabe ler e escrever, e o grau de escolaridade, considerando o último estágio completo frequentado na escola sem reprovação. Tendo em vista que os entrevistados, de acordo com sua idade, podem responder com base nos sistemas educacionais brasileiros vigentes em diferentes períodos (BRASIL, 1961, 1971, 1996a, 2006), as categorias de resposta buscaram estabelecer uma correspondência entre as distintas denominações dos estágios escolares empregadas ao longo do tempo. A escolaridade também foi registrada em anos de estudos concluídos, sem reprovação, considerando o último estágio escolar cursado.

#### 5.10.5 Condição das escovas dentais

Foi realizada a avaliação individual de cada escova, com o intuito de avaliar as condições físicas de uso das escovas dentárias, o índice que foi utilizado é mesmo que foi utilizado por Raws e colaboradores (1989), baseado na observação visual da divergência e espaçamento das cerdas, avaliando a condição física das escovas, que são classificadas em uma escala crescente, com os seguintes escores: 0 (não há certeza se a escova foi usada ou não); 1 (as cerdas estão divergentes dentro de vários tufo, mas é considerada uma escova de pouco uso); 2 (a maioria dos tufo de cerdas está divergente, tufo cobrindo outros tufo); 3 (a maioria dos tufo está encoberto, muitas cerdas estão divergentes, é uma escova considerada imprópria para o uso).

#### 5.10.6 Identificação de equipamentos urbanos

Como descrição espacial das comunidades, foi realizado um estudo, por meio de observação direta, a fim de identificar a existência de equipamentos públicos, unidades básicas de saúde, serviços odontológicos o foco da avaliação do presente estudo foi verificar os estabelecimentos de saúde bucal disponíveis para essas comunidades e municípios onde elas estão inseridas.

Segundo o Decreto nº 7.341, de 22 de outubro, de 2010, em seu Art. 2, inciso II e § 1 e 2º conceitua e traz a distinção entre os equipamentos públicos urbanos e os equipamentos públicos comunitários: § 1o Consideram-se equipamentos públicos

urbanos as instalações e espaços de infraestrutura urbana destinados aos serviços públicos de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de águas pluviais, disposição e tratamento dos resíduos sólidos, transporte público, energia elétrica, rede telefônica, gás canalizado e congêneres. § 2o Consideram-se equipamentos públicos comunitários as instalações e espaços de infraestrutura urbana destinados aos serviços públicos de educação, saúde, cultura, assistência social, esportes, lazer, segurança pública, abastecimento, serviços funerários e congêneres (BRASIL, 2010, s/p). Para maior compreensão das variáveis analisadas e a serem analisadas no presente estudo, apresentamos o **Quadro 6**.

**Quadro 6**-Natureza dos dados, técnicas de análise e variáveis de investigação.

<b>Natureza dos dados</b>	<b>Instrumentos de coleta</b>	<b>Recursos para análises</b>	<b>Variáveis a serem analisadas</b>
Quantitativa	Questionários estruturados validados	Software computacional (Excel, SPSS)	Demografia;  Condição socioeconômica;  Acesso e utilização de serviços odontológicos;  Autopercepção e impacto em saúde bucal.
	Avaliação clínica	Software computacional (Excel, SPSS)	CPO-D/ ceo-d;
	Observação sistemática das escovas	Software computacional (Excel, SPSS)	Condição das escovas dentais
Qualitativa	Observação direta da comunidade	Levantamento	Identificação de equipamentos urbanos unidades básicas de saúde e

	Análise documental sobre estabelecimentos de saúde presentes nas áreas do estudo		serviços odontológicos.
--	--	--	-------------------------

**Fonte:** Elaboração do autor

### 5.11 Análise de dados

Levando em consideração os objetivos propostos pela pesquisa, com uma etapa descritiva observacional e uma etapa observacional analítica, os dados coletados foram analisados e tabulados em planilha do Microsoft Excel e análises estatísticas descritivas e inferenciais foram realizadas utilizando o software IBM SPSS Statistics 21 (SPSS, Chicago, IL, USA).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que a desigualdade social no Brasil é um problema que afeta grande parte da população, principalmente quando considerada a distribuição desigual de renda entre as regiões do país. As regiões Norte e Nordeste aparecem entre as regiões mais pobres do Brasil, quando comparadas às demais regiões (TROVÃO, 2020). Porém, há uma escassez de estudos que abordam as condições de saúde das populações tradicionais, como as populações quilombolas.

O uso de serviços de saúde pelas populações quilombolas no Brasil, e suas condições de saúde são pouco exploradas, tanto na condição geral de saúde, quanto bucal. No entanto, os estudos disponíveis evidenciam que esse grupo ainda enfrenta situações de vulnerabilidade, resultado do processo histórico de escravização, que gerou desigualdades sociais e disparidades no estado de saúde, bem como menor acesso a recursos e serviços, o que inclui segurança, educação de qualidade e serviços básicos de saúde geral. Ressalta-se que a saúde bucal é negligenciada até nas populações mais desenvolvidas, que somada as desigualdades sociais afetam o risco de desenvolvimento de diversos problemas bucais. Tal cenário pode resultar em maiores dificuldades na utilização dos serviços de saúde por parte de populações vulneráveis (GOMES *et al.*, 2013; MARQUES *et al.*, 2010; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010; FREITAS *et al.*, 2011), como demonstrado nos resultados observados no presente estudo.

A Tabela 1 apresenta as características das crianças participantes do estudo em relação à idade e gênero, nas duas comunidades quilombolas "Cocalinho" e "Dona

Juscelina". Na amostra total avaliada, observou-se uma predominância de participantes do gênero feminino, 27 (71,05%), similar à condição observada em outros estudos. Em um estudo realizado por Bomfim e colaboradores (2023), observou-se predominância de participantes do gênero feminino (66,4%) em relação ao gênero masculino (33,6%). E em um estudo realizado por Miranda e colaboradores (2020), investigando a saúde bucal em uma comunidade quilombola idosa na região Centro-oeste do Brasil, também verificou uma prevalência mais elevada de indivíduos do gênero feminino (59,9%).

**Tabela 1-**Distribuição do quantitativo de crianças de 5 anos e 12 anos de acordo com o gênero nas comunidades quilombolas estudadas.

Quilombos		Cocalinho				Dona Juscelina			
		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%	N	%	N	%
5 anos	18	2	11,11	5	27,77	3	16,66	8	44,44
12 anos	20	2	10,0	7	35,0	4	20,0	7	35,0
Total	38	4	10,5	12	31,5	7	18,5	15	39,5

**Fonte:** Elaboração do autor

Considerando os responsáveis pelas crianças, grande parte destes responsáveis, foi a mãe 20 (52,6%), sendo o pai 3 (7,9%) e 15 (39,7%) um outro familiar, como avós, tios e madrinha (**Tabela 2**). Ressalta-se que na amostra estudada, de acordo com os dados fornecidos pelos respondentes dos questionários, 15 (39,7%) dessas crianças ficam frequentemente aos cuidados de outro parente, o que retrata a presença de diversas configurações familiares presentes na comunidade. Nos últimos anos, tem se observado transformações significativas nos arranjos familiares (TEPERMAN, 2020).

**Tabela 2-**Distribuição das categorias dos responsáveis pelas crianças participantes do estudo.

Variáveis	Total		Cocalinho		Dona Juscelina	
Quem responde a entrevista	N	%	N	%	N	%
Mãe	20	52,6	9	56,3	11	50
Pai	3	7,9	1	6,3	2	9,1
Outro Responsável	15	39,5	6	37,5	9	40,9

**Fonte:** Elaboração do autor

A presença de avós como cuidadores principais reflete uma realidade em que os pais muitas vezes precisam deixar suas famílias para buscar oportunidades de emprego, muitas vezes fora de suas áreas de origem. Um estudo realizado por Victor (2022) sobre a migração dos jovens da Comunidade quilombola de Barro Preto em Santa Maria de Itabira, no estado de Minas Gerais, revelou que os entrevistados enfrentaram consideráveis desafios na busca por empregos e estudar tanto em Barro Preto quanto em Santa Maria de Itabira e nas localidades adjacentes, isso acaba resultando na necessidade da maioria dos jovens quilombolas migrar das suas comunidades após a conclusão do ensino médio, em busca de oportunidades acadêmicas e/ou profissionais mais promissoras.

Observou-se que nas comunidades do presente estudo, em geral, as oportunidades de emprego são limitadas, principalmente pela localização em pequenos municípios, próximos de Araguaína (cidade média de referência na economia e prestação de serviços), o que favorece a migração. Aliado a esse cenário, cidades médias são promissoras em oportunidades de emprego, o que potencialmente tem representado o motivo do desenvolvimento de novas configurações familiares e até mesmo contribuindo na redução das crianças na comunidade, pois muitas famílias também se mudam em busca de estudo e trabalho.

Como levantado anteriormente, diversos são os aspectos que influenciam nas variadas configurações familiares e rede de apoio e cuidado da criança, o que possivelmente reflete também no quantitativo reduzido de crianças nessas comunidades. Desse modo, diante da baixa densidade demográfica das comunidades quilombolas, diversos estudos tem sido realizados em população adulta (SOBRINHO *et al.*, 2022; MIRANDA *et al.*, 2020; SOUTO *et al.*, 2023), havendo uma escassez de estudos com a população infantil principalmente no norte do Tocantins. Esse foi um dos motivos que contribuiu para a presente abordagem com a população infantil, pois com o desenvolvimento de novas políticas de prevenção para esse público no presente, há expectativas da redução dos problemas de saúde no futuro.

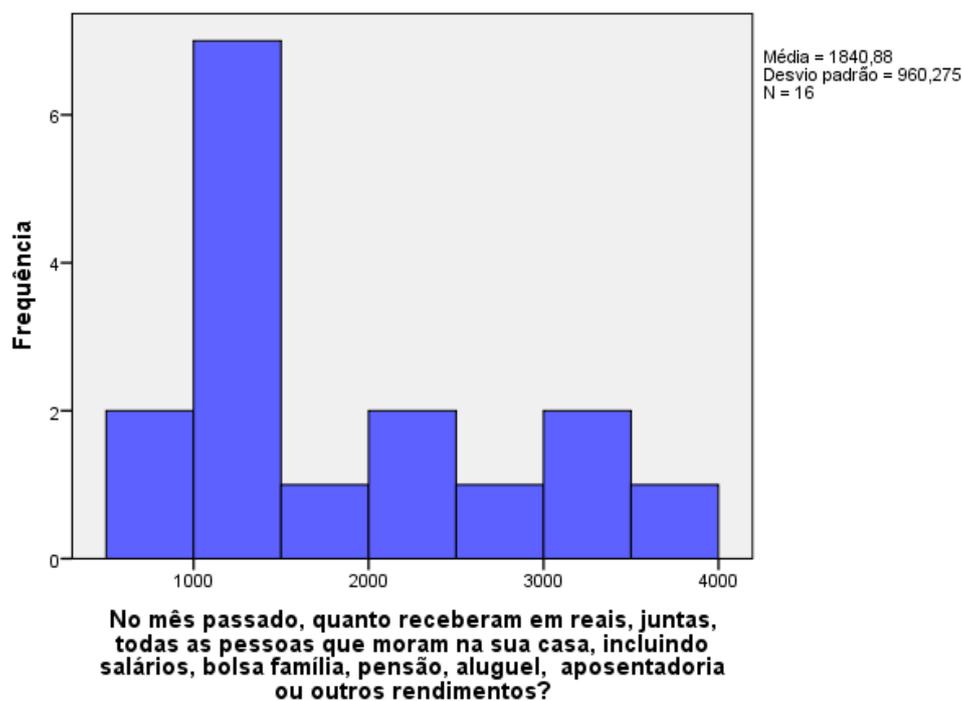
No Brasil, a evidência conhecida acerca das iniquidades em saúde bucal também aponta para a necessidade de mais estudos, com consequente proposição de intervenções em saúde. No entanto, o conhecimento disponível ainda é pouco explorado e requer maiores esforços para que possam ser conduzidos futuros estudos que suportem políticas públicas melhor direcionadas. Para tal, pesquisadores interessados no estudo das

iniquidades devem compreender a profundidade da opressão racial em aspectos específicos, assim como trataremos para a saúde bucal em um extrato da população infantil.

### 6.1 Condições sociais/ econômicas e domiciliares

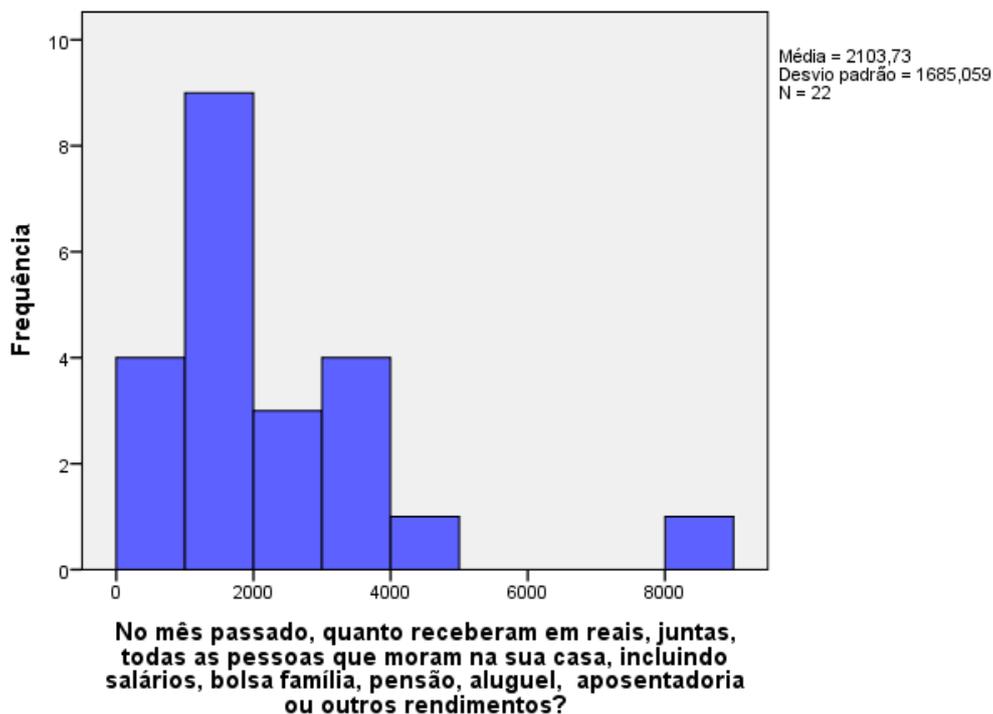
Os gráficos 1 e 2, apresentam as características referentes às condições socioeconômicas concernentes aos participantes do estudo, informações obtidas por meio do questionário direcionado ao responsável legal da criança quilombola participante.

**Gráfico 1**-Distribuição das condições socioeconômicas dos participantes do estudo na comunidade quilombola Cocalinho.



**Fonte:** Elaboração do autor

**Gráfico 2**-Distribuição das condições socioeconômicas dos participantes do estudo nas comunidades quilombola Dona Juscelina.



**Fonte:** Elaboração do autor

Em relação à renda mensal de todos os moradores do domicílio, observou-se a renda de Cocalinho entre 750 e 3960 reais, com média de 1840,88 e Dona Juscelina variou entre 400 e 8000 reais, com média de 2103,73 como demonstrado nos gráficos 1 e 2. Observou-se que essa média não representa as comunidades, pois a distribuição é heterogênea, não apresenta uma distribuição normal. É possível observar que pela média, não foi verificada uma diferença significativa em relação às duas comunidades ( $p=0,849$ ), conforme teste estatístico U de Mann-Whitney aplicado. Verificou-se que a renda mais elevada se relacionava aos quilombolas que responderam ter formação de nível superior e pós graduação. Por fim, a disparidade de renda entre as comunidades "Dona Juscelina" e "Cocalinho". Embora não estatisticamente significativa mostrou a conexão entre educação, oportunidades de emprego e melhores condições de vida, demonstrando renda mais elevada na comunidade quilombola Dona Juscelina, comunidade mais próxima e inserida no espaço urbano.

A partir desse ponto, é importante apontar que o fim do processo de escravização em nosso país não implicou em um processo de integração social, acarretando a migração de muitas comunidades negras para diferentes áreas do país e até mesmo para as cidades. Dessa forma, uma diversidade de formação de quilombos se estabeleceu em nosso país, diferentes histórias e localizações (incluindo áreas mais urbanizadas ou próximas a

centros urbanos) (ALMEIDA, 2010). Para compreender o que é um quilombo rural e um quilombo urbano reportamos os conceitos de urbano e rural. De acordo com Silva (1997):

[...] Está cada vez mais difícil delimitar o que é rural e o que é urbano. Mas isso que aparentemente poderia ser um tema relevante, não o é: a diferença entre o rural e o urbano é cada vez menos importante. Pode-se dizer que o rural hoje só pode ser entendido como um continuum do urbano do ponto de vista espacial; e do ponto de vista da organização da atividade econômica, as cidades não podem mais ser identificadas apenas com a atividade industrial, nem os campos com agricultura e a pecuária (SILVA, 1997, p.1).

Os estudos tradicionais focados na temática do rural e do urbano remetem aos conceitos de tradicional e de moderno, respectivamente. Na abordagem clássica o rural é definido como um espaço associado às atividades que mantém relações diretas com a natureza. Quanto à forma, sua organização apresenta a dispersão da população. O urbano o contrário, se caracteriza por uma complexa organização, tendo na concentração populacional sua principal marca. É visto ainda como lócus da divisão do trabalho e da concentração do capital (SILVA, 2011). Dessa forma, uma diversidade de formação de quilombos se estabeleceu em nosso país, diferentes histórias e localizações (incluindo áreas mais urbanizadas ou próximas a centros urbanos) (ALMEIDA, 2010).

Nota-se que uma grande parte dos participantes das comunidades do estudo alegaram receber algum benefício do governo, mas de acordo com os dados levantados, verificou-se que 17 (44,7%) dos moradores das duas comunidades recebem auxílio do Bolsa Família<sup>6</sup>, representando a única renda mensal de algumas das famílias participantes. Em geral, as comunidades quilombolas enfrentam desafios socioeconômicos, havendo dependência de programas sociais de transferência de renda e necessidade de suporte financeiro (SOUTO *et al.*, 2023). A Tabela 3 apresenta a distribuição das categorias de participação em programas do governo pelos participantes do estudo.

**Tabela 3-** Distribuição das categorias de participação em programas do governo pelos participantes (responsáveis).

Categorias	Total		Cocalinho		D.Juscelina	
	N	%	N	%	N	%
<b>Outros Benefícios</b>						

<sup>6</sup> “O Programa Bolsa Família (PBF) é de transferência condicionada de renda, sendo a principal estratégia do Brasil para o combate à pobreza extrema, à fome e à desigualdade social” (SANTOS et al, 2019).

---

<b>assistenciais</b>					
<b>do governo</b>					
Sim	12	31,6	8	50,0	4 18,2
Não	26	68,4	8	50,0	18 81,8
<b>Bolsa Família</b>					
Sim	17	44,7	7	43,8	10 45,5
Não	21	55,3	9	56,3	12 54,5
<b>PC-LOAS<sup>7</sup></b>					
Sim	4	10,53	-	-	4 18,2
Não	34	89,47	16	100	18 81,8

---

**Fonte:** Elaboração do autor

Na atualidade, é incontestável que muitas crianças e adolescentes vivem privados de acesso adequado aos cuidados de saúde, em virtude da escassez de recursos financeiros que permeiam suas realidades. Além disso, crianças e adolescentes pertencentes a famílias de baixa renda enfrentam uma disparidade significativa entre a necessidade de tratamento odontológico e sua efetiva disponibilidade, o que, conseqüentemente, contribui para que a saúde bucal seja negligenciada (SARMENTO; SANTOS e LIMA, 2020).

Em um estudo realizado por Freitas e colaboradores (2011), explora-se a relação entre os determinantes sociais da saúde e a população quilombola. Os determinantes sociais da saúde englobam fatores sociais, psicológicos, culturais, étnicos/raciais e comportamentais que influenciam a saúde das pessoas. No caso das comunidades quilombolas, a saúde está intrinsecamente ligada às condições de vida e trabalho, bem como à exclusão histórica. Dentre os determinantes sociais de saúde que exercem impacto tanto sobre a prevalência da cárie dentária quanto sobre o acesso aos serviços de saúde, ressalta-se a importância dos fatores socioeconômicos e geográficos. O status socioeconômico de uma família desempenha um papel substancial na experiência de cárie dentária (FERREIRA *et al.*, 2022).

Verificou-se que quanto maior a renda do participante menor o índice de cárie, ou seja a autonomia financeira permite melhor saúde bucal. No nosso país, a desigualdade

---

<sup>7</sup> O Benefício de Prestação Continuada BPC, trata-se de um benefício de prestação assistencial regido pela Lei Orgânica de Assistência Social, também conhecida como LOAS, Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Com base na formação do contexto histórico e social brasileiro, a desigualdade econômica sempre esteve muito presente no plano fático (DE SOUZA, 2023).

social e de renda é uma realidade para grande parte da população, onde os menos favorecidos têm acesso restrito à saúde e como consequência, piores condições de vida. Este desequilíbrio socioeconômico que gera a escassez de recursos básicos, também marca as condições de saúde bucal dessas famílias, onde aqueles com maior poder aquisitivo garantem os melhores tratamentos, sejam eles preventivos ou curativos, já a outra parcela menos privilegiada permanece vulnerável e às margens do acesso aos serviços de saúde. Os adolescentes, em situação de vulnerabilidade social, por não terem acesso aos materiais básicos para uma higiene oral adequada, apresentam os maiores níveis de doenças bucais, pois nesses casos, outras prioridades, como alimentar-se, por exemplo, são consideradas mais relevantes. Como resultado, a experiência de doenças bucais é mais comum nesse grupo, e também a convivência com a dor (MARTINS *et al.*, 2019).

Indivíduos de renda mais baixa frequentemente têm acesso limitado a serviços de saúde bucal, como consultas regulares com dentistas e tratamentos preventivos. Isso resulta em problemas prejudicados não tratados e, conseqüentemente, em um maior risco de cárie. Famílias com renda mais baixa podem ter acesso a alimentos menos saudáveis e com maior teor de açúcar, devido à sua disponibilidade e custo mais baixo (BRAGA *et al.*, 2020). O consumo frequente de alimentos açucarados e bebidas açucaradas aumenta o risco de cárie. Indivíduos de renda mais alta geralmente têm acesso a uma melhor educação sobre saúde bucal, incluindo informações sobre higiene oral e práticas preventivas. Isso leva a uma maior conscientização e adoção de medidas de prevenção.

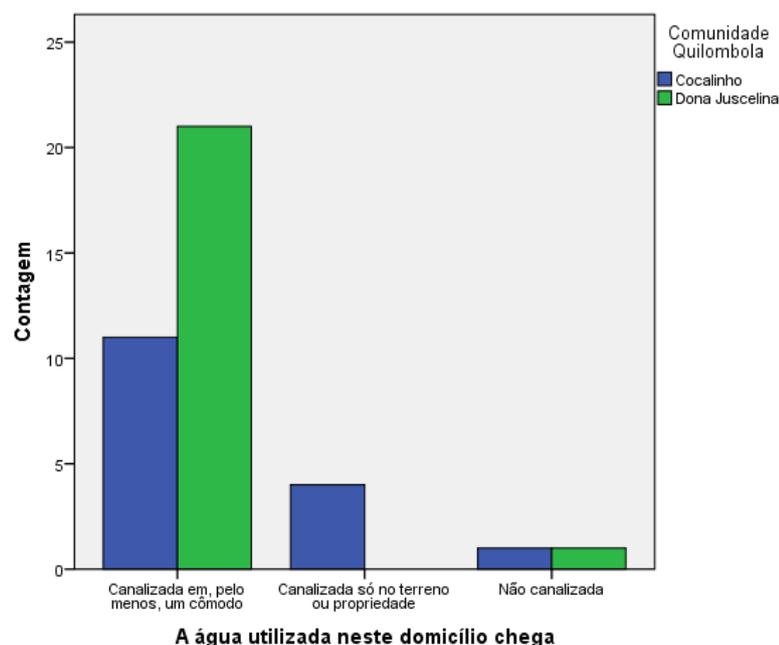
Em linhas gerais, a condição socioeconômica desempenha um papel crucial na manutenção de uma boa saúde bucal, pois possibilita o acesso do indivíduo a tratamentos, prevenção e orientações de higiene (REIS *et al.*, 2023). A prevalência de cáries associada a variáveis socioeconômicas, bem como a associação entre cárie e status socioeconômico (SSE), tem sido reconhecida. Cuidadores com renda superior a dois salários mínimos apresentam uma menor probabilidade de desenvolver cáries (VELASCO, 2021). A relação entre renda e cárie foi destacada em diversos estudos (REIS *et al.*, 2023, SILVA SOBRINHO *et al.*, 2022, VELASCO, 2021, SCHWENDICKE *et al.*, 2015). O nosso trabalho juntamente com literatura científica demonstrou a relação entre cárie e renda.

É evidente que o acesso aos serviços de saúde para as comunidades quilombolas é um desafio, pois muitas vezes esses povos são marginalizados nos processos de crescimento e desenvolvimento em saúde. Nesse sentido, é de extrema importância considerar a diversidade cultural e as práticas de saúde específicas desses grupos. Essas

comunidades vivenciam uma série de problemas de saúde comuns, como a hipertensão, condição genética que pode ser mais prevalente em populações com ascendência africana (PAIVA, 2017). Os problemas de saúde comuns em comunidades quilombolas são resultado de uma complexa interação de fatores sociais, econômicos, geográficos e culturais que contribuem para desigualdades em saúde. Considerando a descrição do papel das condições na saúde, o gráfico 3 apresenta como é o acesso a água nas duas comunidades do estudo.

De acordo com os resultados obtidos, o acesso à água canalizada em pelo menos um cômodo foi observado em 31 (81,5%) dos domicílios referentes aos participantes, canalizada só no terreno ou propriedade 5 (13,2%), e não canalizada em 2 (5,3%) dos domicílios acessados. No que tange ao acesso à água canalizada, os resultados sugerem que, embora a maioria das famílias tenha acesso à água canalizada, uma parcela considerável ainda enfrenta desafios de acesso. A garantia de acesso à água potável é uma questão social e de saúde pública que precisa ser abordada de maneira abrangente (ZORZI; TURATTI e MAZZARINO, 2016). A água potável está totalmente ligada a saúde, pois o fornecimento de água potável e limpa serve para beber, saneamento, higiene e outras atividades domésticas, ajudar no combate de doenças infecto-contagiosas como exemplo a (COVID) além de ser primordial na prevenção de cáries.

**Gráfico 3-**Distribuição das categorias referentes ao tipo de acesso à água nos domicílios dos participantes do estudo nas comunidades estudadas.



**Fonte:** Elaboração do autor

Diversos elementos concorrem para o agravamento exacerbado de questões bucais, tais como dieta e higienização e outro fator importante é a alfabetização em saúde, pois a mesma é uma ferramenta essencial para que as pessoas desenvolvam competências para debaterem sobre sua saúde e, através do autocuidado (MARTINS *et al.*, 2015). No entanto, é imperativo reconhecer que a saúde bucal é afetada por fatores socioeconômicos, os quais, por sua vez, contribuem para um elevado índice de cárie entre jovens e crianças de estratos socioeconômicos mais desfavorecidos. Isso ocorre, principalmente, pela carência de acesso aos serviços odontológicos, visto que tais serviços permanecem, em grande parte, restritos a uma parcela mais privilegiada da sociedade (SARMENTO; SANTOS e LIMA, 2020).

Torna-se relevante apontar que o foco deste trabalho não é avaliar a qualidade da água das comunidades, mas contribuir com a discussão que a canalização da água não é uma garantia absoluta de sua qualidade, até por que na maioria das comunidades essa água vem direto de poços/cisternas. Determinados estudos realizados para avaliação da qualidade da água em comunidades quilombolas indicaram que as amostras de água coletadas não atenderam aos padrões de potabilidade estabelecidos pelas normativas e legislações brasileiras. Isso indica a presença de contaminação e/ou poluição na água, representando um risco para a saúde de quem a consome. Como resultado, é fundamental tomar medidas preventivas para proteger a saúde das pessoas que utilizam essa água, incluindo a busca por fontes alternativas de água potável e a implementação de medidas de tratamento adequadas (NUNES *et al.*, 2020; DO VALE *et al.*, 2021; DE OLIVEIRA *et al.*, 2015; DE MICHELI *et al.*, 2022; VINAGA *et al.*, 2015).

Na relação saúde bucal e água, o flúor é essencial na prevenção da cárie, e muitas vezes é adicionado à água de abastecimento em áreas urbanas. No entanto, em regiões rurais ou de baixa renda, esse benefício pode não estar disponível, o que possivelmente aumenta o risco de cárie. Um estudo no qual foram realizadas análises das fontes de abastecimento de água nas comunidades, evidenciou a ausência de fluoretação nas comunidades rurais e esse achado corrobora com a preocupante constatação de que a população quilombola permanece marginalizada das políticas públicas de prevenção de doenças e promoção de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2011).

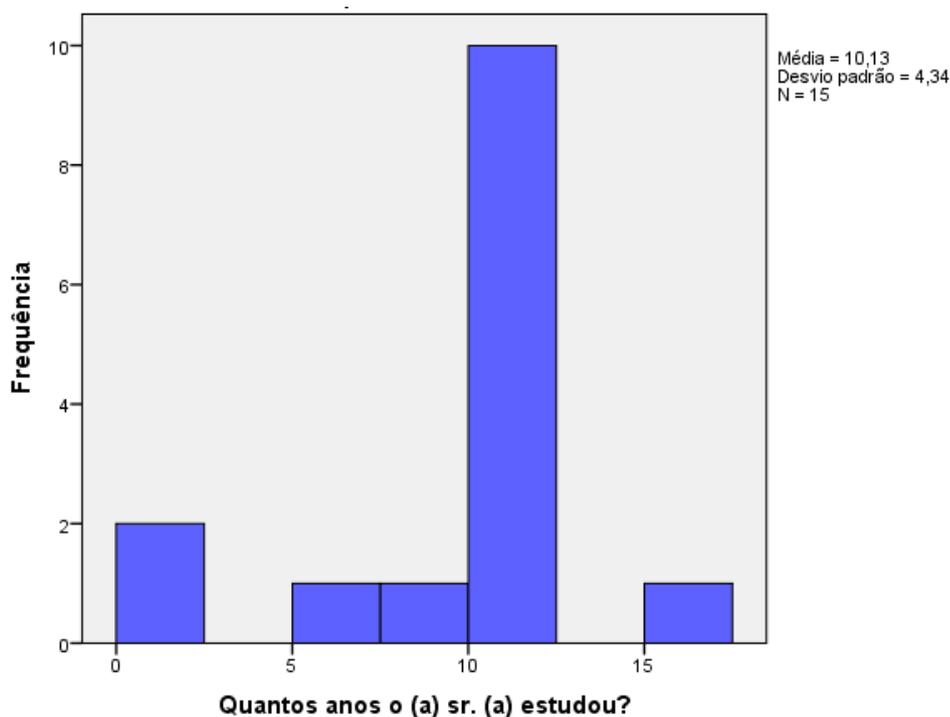
Diversos estudos atribuem a redução da prevalência de cárie na população geral do Brasil à implementação do sistema de abastecimento de água fluoretada. No entanto,

é importante ressaltar que essa implementação não ocorra de forma equitativa, resultando em um progresso notavelmente limitado, principalmente nas áreas rurais, também em comunidades quilombolas mais afastadas da cidade. Isso, por sua vez, reforça a tendência ao aumento das desigualdades na saúde bucal (FERREIRA *et al.*, 2014; NARVAI *et al.*, 2014).

Pesquisas prévias, também realizadas em Cocalinho, e envolvendo adolescentes, revelaram que a comunidade não apresentou adição de flúor à água de abastecimento. O estudo não encontrou a presença de íon na água fornecida pela companhia de abastecimento de água à comunidade. Além disso, entre os quilombolas, 72,41% apresentaram cárie, e 31,03% já perderam pelo menos um dente, reforçando a iniquidade na saúde que priva a população quilombola do seu direito fundamental à saúde (DIAS; PEREIRA e MONTEIRO, 2020). Porém, o estudo mencionado foi delineado com base em dados secundários (análise documental), o que incentiva que mais estudos sejam realizados, principalmente a partir de uma abordagem com coleta de dados primários.

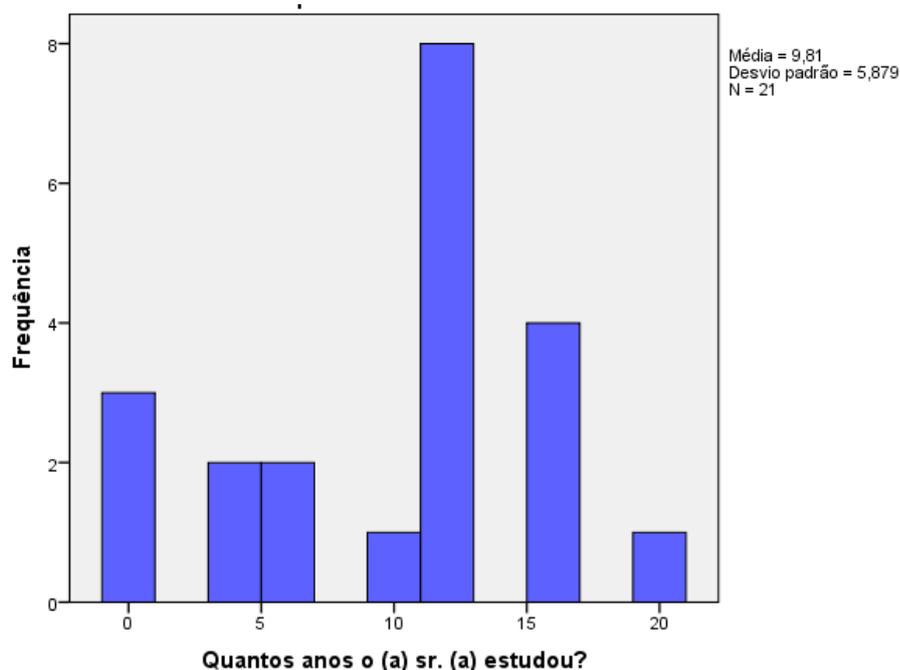
Os gráfico 4 e 5 apresentam a quantidade de anos que os responsáveis estudaram e a Tabela 4 apresenta o grau de escolaridade das mães de cada criança participante das duas comunidades, Cocalinho e Dona Juscelina

**Gráfico 4-** Quantidade de anos de estudo do responsável das crianças, comunidade Cocalinho.



**Fonte:** Elaboração do autor

**Gráfico 5** – Quantidade de anos de estudo do responsável das crianças, comunidade Dona Juscelina



**Fonte:** Elaboração do autor

Em relação aos anos de estudo dos responsáveis pela criança, não há uma variação tão significativa; no entanto, nota-se que na comunidade Dona Juscelina, os responsáveis tiveram, em média, um maior número de anos de estudo. Esse aspecto é de suma importância para as comunidades, pois reflete uma tendência positiva em direção à busca pelo ensino superior, mesmo que em números modestos. Essa busca por educação superior não apenas amplia o conhecimento, mas também está correlacionada com melhorias na renda familiar, acesso a informações e, conseqüentemente, na redução dos índices de cárie dentária. Essa progressão não só aponta para um avanço educacional na comunidade, mas também sugere um impacto positivo na saúde bucal e no bem-estar geral dos membros da comunidade. Quanto ao nível de escolaridade da mãe, predomina o ensino médio completo 15 (39,5%), seguido pelo ensino fundamental e médio incompleto 6 (15,9%), como apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4-** Distribuição das características relacionadas ao nível de escolaridade dos responsáveis e crianças participantes nas comunidades do estudo.

Variáveis	Total		Dona Juscelina			
	Cocalinho					
	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade Mãe da criança</b>						
Não estudei na escola	1	2,6	-	-	1	4,5
Curso alfabetização adulto	1	2,6	-	-	1	4,5
Ensino Fund. incompleto	6	15,9	1	6,3	5	22,7
Ensino Fund. Completo	1	2,6	1	6,3	-	-
Ensino Médio incompleto	6	15,9	3	18,8	3	13,5
Ensino Médio completo	15	39,5	10	62,5	5	22,7
Ensino Superior incompleto	1	2,6	-	-	1	18,8
Ensino Superior Completo	5	13,2	1	6,3	4	18,8
<b>A criança sabe ler/escrever</b>						
Não sabe/ Não Respondeu	1	2,6	-	-	1	4,5
Sim	30	78,9	14	87,5	16	72,7
Não	7	18,5	2	12,5	5	22,7
<b>A criança frequenta creche/escola</b>						
Sim	37	97,36	15	93,75	22	100
Não	1	2,64	1	6,25	-	-

**Fonte:** Elaboração do autor

Observou-se que havia mães não escolarizadas 1 (2,6%) e entre quem respondia o questionário sobre o quantitativo de anos de estudo, observou-se variação de respostas, desde analfabetos até responsáveis com pós graduação. Já antecipando uma observação importante relacionada à saúde bucal, os pais ou responsáveis com mais escolaridade, apresentaram filhos com menos problemas bucais, como a cárie. Além disso, apresentaram mais conhecimento sobre os cuidados com a higiene bucal, o que demonstra a importância do conhecimento dos pais e a relação com a educação.

O papel da educação surge como um fator crucial na formação do bem-estar das famílias. Os níveis educacionais mais altos e melhores práticas de saúde bucal ressaltam

que o conhecimento e a conscientização desempenham um papel vital na prevenção de problemas de saúde, por isso a importância de investimentos em educação e programas de conscientização que possam equipar os pais e responder com as informações necessárias para cuidar da saúde de suas famílias.

Um estudo realizado nas principais capitais brasileiras mostrou que as diversas condições de vida, incluindo alta densidade domiciliar, baixa taxa de saneamento básico, alto índice de analfabetismo, grande proporção de pessoas de baixa renda e uma menor expectativa de vida, foram identificadas nas capitais com os mais altos índices de cárie dentária e perda de dentes, bem como com os menores taxas de jovens livres de cáries. Essas descobertas corroboram com diversos estudos que investigaram a relação entre a ocorrência de cáries e as condições socioeconômicas da população (REIS *et al.*, 2023, SILVA SOBRINHO *et al.*, 2022, VELASCO, 2021, SCHWENDICKE *et al.*, 2015).

Essas pesquisas revelaram que a renda desempenha um papel significativo como fator de vulnerabilidade à cárie, juntamente com a pobreza e o desemprego. Além desses fatores, outros elementos, como níveis de educação e qualidade das habitações, também têm demonstrado estar associados à prevalência de cáries e suas consequências. (SILVA *et al.*, 2015).

Contudo, grande parte dos estudos relacionando agravos bucais e indicadores socioeconômicos têm levado em consideração apenas fatores isolados, não atentando para o fato de que a saúde bucal possui uma relação complexa com inúmeras condições relativas ao ambiente físico e social, que variam ao longo do tempo e do espaço, e que a sua interpretação exige uma análise mais abrangente. Assim, diante da necessidade de compreensão coletiva do adoecer bucal, enfocando a dimensão social em seus distintos recortes, a análise fatorial e a análise de regressão permitiram estabelecer grupos de indicadores que representam a complexidade da realidade específica, evitando a redundância entre variáveis. Portanto, as duas variáveis fatoriais formadas, privação econômica e condição socio sanitária, apreendem um pouco de cada variável individual, as quais apresentam íntima ligação com a saúde, formando um construtor mais complexo que possa influenciar nas condições de saúde bucal das populações jovens residentes das capitais brasileiras com o intuito de compreender de que forma e em que magnitude estas condições de vida podem alterar a prevalência da cárie e sua seqüela (SILVA *et al.*, 2015).

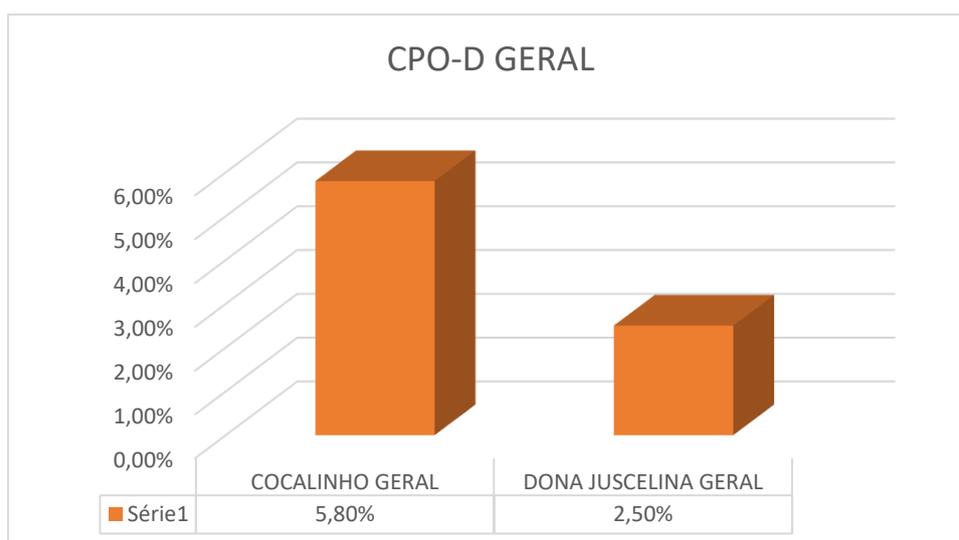
Em relação ao alfabetismo em saúde bucal, Velasco (2021) observou que há uma menor prevalência de cáries em crianças cujos pais possuem um nível mais elevado de escolaridade (VELASCO, 2021) e de acordo com Martins e colaboradores (2015) as crianças são consideradas vulneráveis quando se encontram em famílias com baixos níveis de alfabetização em saúde, pois recebem poucos cuidados preventivos. Nossos resultados estão de acordo com o estudo de Velasco (2021), como será desmostrado adiante, apontando que quanto maior a escolaridade dos pais menor o índice de cárie, o

que ressalta a importância do conhecimento dos responsáveis sobre práticas adequadas de cuidados dentários, refletindo positivamente na saúde oral de seus filhos.

## 6.2 Análises clínico-odontológicas

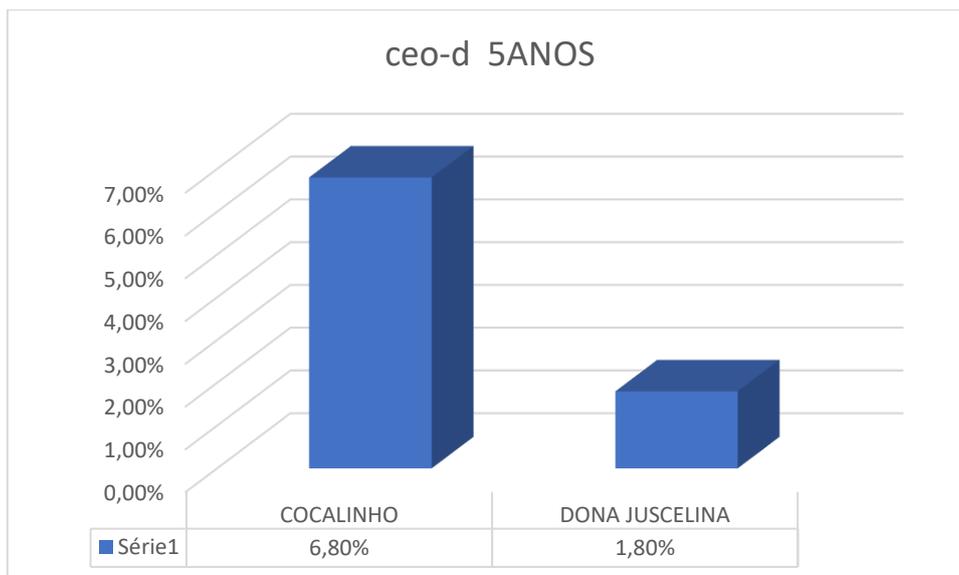
Os resultados obtidos a partir dos pontos de corte para os índices CPO-D e ceo-d indicaram que a maioria das crianças da comunidade de Cocalinho apresenta um índice de cárie elevado, com um índice geral de 5,8 (classificado como alto) (**Gráfico 6**). Esse cenário é mais proeminente entre as crianças de 5 anos, que apresentaram um índice de 6,8 (classificado como muito alto) (**Gráfico 7**). Por outro lado, na comunidade Dona Juscelina, os índices de cárie foram mais baixos, registrando um índice de 2,5 (classificado como baixo) (**Gráfico 6**). Um dos fatores que podem ter exercido influência é o acesso serviço odontológico em Cocalinho, que tem a presença do dentista na unidade de saúde em média 1 vez por semana, já Dona Juscelina conta com atendimento odontológico, todos os dias da semana. O **gráfico 6** é referente à distribuição do CPO-D geral das faixas etárias estudadas das duas comunidades, enquanto o **gráfico 7** se refere à distribuição dos resultados do ceo-d da faixa etária 5 anos das duas comunidades e o **gráfico 8** se refere à distribuição dos resultados do CPO-D da faixa etária 12 anos das duas comunidades.

**Gráfico 6**-Distribuição dos resultados do ceo-d/CPO-D das faixas etárias estudadas (total) das duas comunidade.



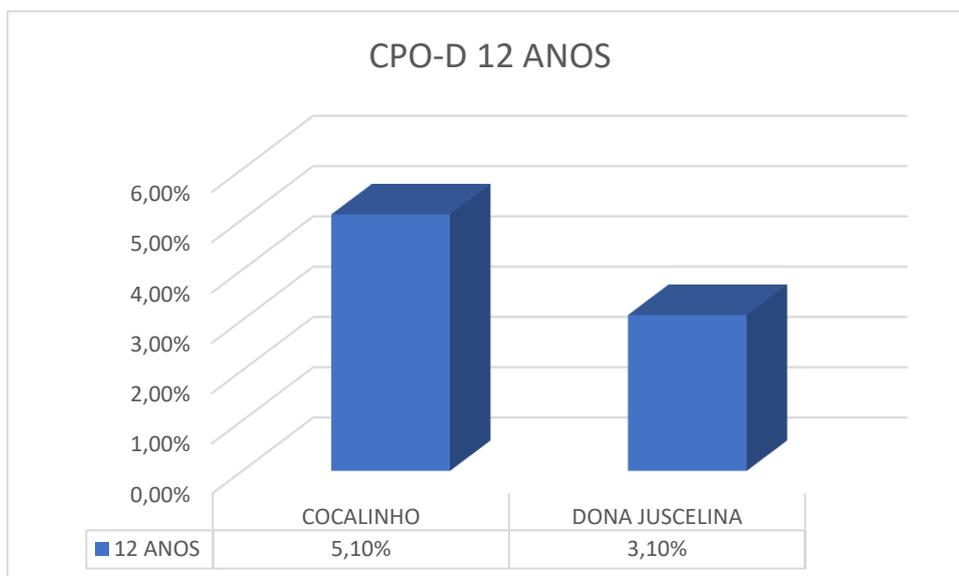
**Fonte:** Elaboração do autor

**Gráfico 7**-Distribuição dos resultados do ceo-d da faixa etária 5 anos das duas comunidades quilombolas estudadas.



**Fonte:** Elaboração do autor

**Gráfico 8-**Distribuição dos resultados do CPO-D 12 anos das duas comunidades estudadas.



**Fonte:** Elaboração do autor

Resultados similares foram observados no povoado Patioba, município de Japaratuba no Estado de Sergipe, situado no nordeste brasileiro. Os resultados apontaram elevados índices de ceo-d e CPO-D na população. Na idade de 5 anos foi observada uma média de ceo-d de 5,71 e na idade de 12 anos a média do CPO-D foi de 6,25 ( ROSA, 2020). Outro estudo na Escola Municipal Antonio Alves Moreira, situada na comunidade quilombola São José da Serra, em Valença, estado do Rio de Janeiro, o ceo-d médio 4,3 com predomínio do componente cariado, evidenciando uma elevada prevalência de cárie

dentária nos dentes decíduos. A prevalência de cárie em dentes permanentes foi baixa, quando se comparou o valor do CPO-D das crianças quilombolas (0,9) (SOUZA *et al.*, 2012). Os resultados do presente estudo apontaram elevados índices de ceo-d e CPO-D na população quilombola de Cocalinho em relação a referências nacionais SB Brasil.

Observando-se os dados nacionais do SB Brasil 2003 e 2010, o Brasil em 2003 apresentou o ceo-d 2,80 e CPO-D 2,78, esse índice diminuiu no ano de 2010, onde foi verificado o ceo-d 2,43 e CPO-D 2,07. Porém, quanto aos índices CPO-D e ceo-d, a análise geral revelou um valor de 5,80 (classificado como alto) em Cocalinho e 2,50 (classificado como baixo) em Dona Juscelina. Percebemos que o índice em Dona Juscelina está na média nacional e o índice de cárie em Cocalinho está acima da média.

Considerando a situação de saúde bucal da população brasileira, estudos epidemiológicos foram realizados (BRASIL, 1986; 1996; 2004; 2012) para diagnosticar a condição da doença cárie e formular políticas de enfrentamento. De acordo com o trabalho de Agnelli (2015), que avaliou a variação do índice de CPO-D no Brasil desde 1980 a 2010:

No ano de 1986, o MS realizou o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, em nível nacional. O levantamento indicou um valor de 6,7 para o CPOD, também considerado muito alto, e demonstrou ainda que a condição de saúde bucal era melhor na população com renda superior a cinco salários mínimos. Dez anos mais tarde, em 1996, outro levantamento foi conduzido em nível nacional, nas capitais brasileiras. O valor obtido para o índice CPOD foi 3,1, valor 54% menor do que o obtido em 1986, e que corresponde a uma prevalência média de cárie. Em 2003, após novo levantamento nacional, o valor do CPOD encontrado foi de 2,8, classificado como média prevalência de cárie, valor 59% menor do que o encontrado no primeiro levantamento, em 1986. Em 2010, o CPOD encontrado após a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal foi 2,1, o que colocou o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie. Houve uma redução de 25% no valor do CPOD, em relação ao levantamento anterior, em 2003. (AGNELLI, 2015 p. 10-11).

Como mencionado anteriormente, o índice de cárie no Brasil teve uma redução significativa, porém a Comunidade quilombola Cocalinho não se encaixa nesse índice. É válido ressaltar que os índices de cárie dentária (CPO-D e ceo-d) são análises amplamente reconhecidas para avaliar a saúde bucal de população. Os valores verificados na comunidade de Cocalinho indicaram uma situação preocupante, com um índice geral de cárie considerado alto, especialmente entre crianças de 5 anos, onde o índice é classificado como muito alto, indicando a necessidade de intervenções e programas de promoção da saúde bucal nessa comunidade, permitindo a redução dos índices de cárie e a melhoria da qualidade de vida das crianças.

Aliado a isso, os elevados índices de cárie refletem os hábitos da população, muitas vezes resultando da falta de conhecimento e conscientização. Isso inclui uma frequência elevada de consumo de açúcar e práticas não adequada de escovação. Esses índices também indicaram dificuldades de acesso aos serviços de saúde preventiva e curativa, como observado em um estudo contínuo de Miotto e colaboradores (2003). Em resumo, a ocorrência da doença é mais prevalente em comunidades economicamente desfavorecidas. Isso ocorre porque as condições precárias de vida de grande parte da população estão relacionadas a níveis mais baixos de educação, falta de higiene pessoal, alimentação cariogênica e dificuldades de acesso ao tratamento odontológico (BRAGA *et al.*, 2020).

A evolução da prevalência da cárie dentária no Brasil tem demonstrado uma tendência de declínio, mas também uma polarização. Apesar da melhoria nos índices em determinados locais, a distribuição da cárie ainda permanece desigual, conforme apontado por estudos prévios (NARVAI *et al.*, 2001; NARVAI *et al.*, 2006).

Por outro lado, na comunidade de Dona Juscelina, os índices de cárie foram mais baixos e indicaram um cenário relativamente melhor em termos de saúde bucal. Essa diferença entre as duas comunidades possivelmente pode ser resultado de diversos fatores, como acesso a cuidados odontológicos, hábitos alimentares e práticas de higiene bucal. Tornando relevante considerar o contexto socioeconômico, cultural e de acesso a serviços de saúde de cada comunidade. Esses resultados podem ser utilizados como base para o desenvolvimento e/ou otimização de políticas de saúde bucal direcionadas, buscando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das crianças nessas comunidades. É fundamental considerar a importância da educação em saúde bucal como parte integrante das estratégias de enfrentamento da cárie dentária. Ao analisar os índices de CPO-D e ceo-d, é claro que a intervenção é necessária em ambas as comunidades, seja para controlar a alta prevalência de cárie em Cocalinho ou para manter o baixo índice encontrado em Dona Juscelina.

O trabalho realizado com crianças e adolescentes de 11 e 15 anos no quilombo de Sítio Veiga, no município de Quixadá, Ceará por Silva e colaboradores (2018) revelou uma média do índice de CPO-D de 4,1, enquadrando-se como moderado segundo valores da OMS. Já Souza e Flório (2014) realizou uma pesquisa nas comunidades quilombolas de São José da Serra e Santana, situadas nos municípios de Valença e Quatis, respectivamente, no estado do Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil, verificando um ceo-d na amostra da população total de 3,3 e o CPO-D de 13,1. Porém, esse estudo foi

realizado em todas as faixas etárias da comunidade. Desse modo, podemos comparar esses índices com a amostra geral da nossa pesquisa, indicando que foram similares. Tal cenário revela mais uma vez que não é so um problema de uma comunidade, contudo um problema persistente outras comunidades e outras regiões do nosso país.

Outro estudo realizado na sede do Projeto Verde Vida, distrito Ponta da Serra, município de Crato, Ceará, com crianças de 5 e 12 anos em situação de vulnerabilidade, mostrou que aos 5 anos de idade uma criança examinada apresentava em média, o índice de 4,66, enquanto que aos 12 anos de idade as crianças examinadas apresentaram, em média, o índice de 2,25 (VILAR; PINHEIRO; ARAÚJO, 2020).

A carga de vulnerabilidade social que incide sobre essas comunidades acaba por impedir que os quilombolas acompanhem as melhoras em saúde bucal registradas para a população brasileira em geral. Assim, fica evidente a necessidade de reformular as políticas públicas para a população quilombola brasileira, de forma a reduzir as iniquidades sociais. Ademais, mais pesquisas devem ser realizadas para identificar a realidade dos quilombolas quanto aos agravos que não foram abordados na literatura, bem como nas regiões e comunidades ainda não alcançadas (SILVA SOBRINHO *et al.*, p.6, 2022).

Observa-se que os dois primeiros estudos foram realizados em quilombolas e que o terceiro foi realizado em uma população rural em vulnerabilidade, então pode-se comparar que os desafios enfrentados pelas populações quilombolas são similares aos problemas enfrentados pela população rural e ambas estão em vulnerabilidade e carência de políticas públicas, mais uma justificativa para a construção dessa pesquisa já que muitas comunidades ainda não foram alcançadas e precisamos desses dados para só assim desenvolver novas políticas públicas para esses públicos vulneráveis.

O CPO-D é o índice utilizado para determinar a experiência de cárie dentária, nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal e avaliação de programas de assistência odontológica. As Tabelas 5 e 6 apresentam a média comparativa dos componentes cariado, perdido e restaurado do índice ceo-d e CPO-D das 38 crianças de Cocalinho e Dona Juscelina, em relação ao índice do SB Brasil para a capital do estado do Tocantins (Palmas), a região Norte e o Brasil, para as crianças de 5 e 12 anos, respectivamente.

**Tabela 5-**Média comparativa dos componentes cariados, perdido e restaurado do índice ceod das crianças de 5 anos de Cocalinho e Dona Juscelina, em relação ao índice do SB Brasil para a capital do estado do Tocantins (Palmas), a região Norte e o Brasil

	SÁDIO	CARIADO	REST. C/CARIE	RESTAURADO	PERDIDO	MÉDIA FINAL
<b>Cocalinho 5 anos</b>	13,71	4,15	2	0,15	0,57	6,8

<b>D. Juscelina 5 anos</b>	18,54	1,54	0	0,18	0,09	1,8
<b>Norte 5 anos 2003</b>	15,88	2,89	0,3	0,16	0,15	3,22
<b>Palmas 5 anos 2010</b>	17,94	87,6	0,7	9,2	3,33	1,53
<b>Norte 5 anos 2010</b>	15,84	90,2	2,1	4,5	3,3	3,37

**Fonte:** Elaboração do autor

**Tabela 6-**Média comparativa dos componentes cariado, perdido e restaurado do índice CPOD das crianças de 12 anos de Cocalinho e Dona Juscelina, em relação ao índice do SB Brasil para a capital do estado do Tocantins (Palmas), a região Norte e o Brasil.

	SÁDIO	CARIADO	REST. C/CARIE	RESTAURADO	PERDIDO	MÉDIA FINAL
<b>Cocalinho 12 anos</b>	20,22	3	0,88	0,66	0,55	5,1
<b>D. Juscelina 12 anos</b>	22,36	2	0,27	0,36	0,54	3,1
<b>Norte 12 anos 2003</b>	22,77	2,27	0,05	0,45	0,36	3,13
<b>Palmas 12 anos 2010</b>	23,97	57,9	3,0	30,2	9,4	2,35
<b>Norte 12 anos 2010</b>	22,69	67,4	4,4	20,6	7,6	3,16

**Fonte:** Elaboração do autor

Analisando-se separadamente os componentes do CPO-D, verificou-se uma elevada média de componentes restaurados, cariados, restaurados com cárie e sem cárie e perdidos, principalmente na comunidade quilombola Cocalinho. Observando-se os dados referentes para a capital do estado do Tocantins, Palmas, a região Norte e Brasil, estas localidades apontaram indivíduos com mais dentes hígidos em seus componentes, menos dentes cariados, restaurados com e sem cárie e perdidos do que as crianças da comunidade quilombola Cocalinho. Esta avaliação nos permitiu indicar quão grande vulnerabilidade enfrentada pela comunidade Cocalinho em relação à saúde bucal (Tabelas 5 e 6). O CPO-D de Dona Juscelina está na média nacional, já Cocalinho está muito acima da média para a região Norte e para o Brasil, indicando um fenômeno de polarização da cárie dentária, além de ocasionar perda dentária, desordem na oclusão devido essas perdas ainda afeta na qualidade de vida (NARVAI *et al.*, 2006; DIAS; PEREIRA; MONTEIRO, 2020).

Os agravos de saúde bucal são importantes indicadores de saúde pública; podem denotar cenários de iniquidade social, refletindo a prática e a eficiência de políticas públicas de saúde. Como população em reconhecida situação de

vulnerabilidade social, os quilombolas estão expostos a maior prevalência desses agravos, sendo fundamental investigar o cenário de saúde nesses indivíduos. Assim, a partir do mapeamento, no presente estudo, dos agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira, foi possível constatar altas prevalências de cárie dentária, edentulismo e doença periodontal, mesmo com uma amostra de estudos relativamente pequena (SILVA SOBRINHO *et al.*, p. 5 2022).

No Brasil, as políticas públicas voltadas para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde bucal têm contribuído para uma redução constante nos índices de cárie. No entanto, os resultados dos estudos analisados na revisão realizada por Sobrinho e colaboradores (2022) indicaram que a prevalência da cárie não tem apresentado declínio significativo entre a população quilombola. Essa constatação pode ser atribuída à maior vulnerabilidade social enfrentada por esse grupo, evidenciando a necessidade de abordagens específicas para atender às demandas singulares dessas comunidades (SILVA SOBRINHO *et al.*, 2022).

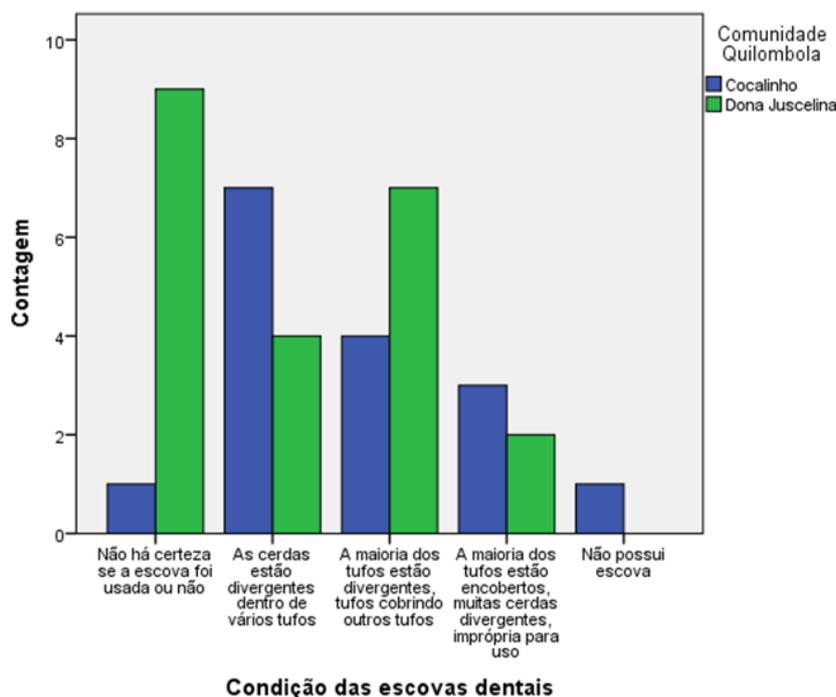
No contexto de um sistema dinâmico de mudanças nas doenças, tratamentos, riscos e fatores de proteção, a associação geral entre as condições sociais e a distribuição da saúde se reproduz no tempo por meio da transposição das vantagens em recursos de uma situação para a outra e por meio de processos socialmente seletivos de substituição dos mecanismos mediadores mais próximos na cadeia causal que leva à saúde e à doença. Quando as pessoas usam recursos para proteger ou promover a saúde, isto se dá no contexto de um sistema estruturalmente desigual. As disparidades de saúde são alimentadas como consequência da própria expansão social da capacidade de controlar as condições de saúde. As desigualdades sociais e econômicas existentes fazem com que o benefício da nova capacidade desenvolvida seja apropriado com maior sucesso por aqueles segmentos da população que possuem mais recursos, informações e oportunidades (FIGUEIREDO SANTOS, 2020).

Quando avaliamos os dados referentes principalmente à comunidade Cocalinho, que apresentou os índices de cárie mais altos comparados a Dona Juscelina, mais uma vez apresentamos a importância do nosso trabalho para a criação de políticas públicas mais eficazes e que realmente atendam as necessidades de cada grupo visando sempre as especificidades de cada um.

### 6.3 Hábitos (condições das escova e de higiene)

O Gráfico 9 mostrou as condições das escovas dentais dos participantes das duas faixas etárias 5 e 12 anos das comunidades quilombolas Cocalinho e Dona Juscelina.

**Gráfico 9**-Distribuição da condição das escovas dentais avaliadas de acordo com método Rawls na Comunidade Cocalinho e na Comunidade Dona Juscelina.



Os dados referentes à comunidade Cocalinho demonstraram: 1 (6,3%) análise apontou não certeza se a escova havia sido usada ou não; 7 (43,8%) indicaram que as cerdas de suas escovas eram divergentes dentro de vários tufos; 4 (25,0%) com a maioria dos tufos em suas escovas divergentes, com tufos cobrindo outros tufos; 3 (18,8%) a maioria dos tufos de suas escovas estava encoberta, com muitas cerdas divergentes, tornando a escova imprópria para uso e 1 (6,3%) participante informou que não possuía uma escova dental.

Os dados referentes a comunidade Dona Juscelina demonstraram: 9 (40,9%) não tinha certeza se a escova havia sido usada ou não; 4 (18,2%) as cerdas de suas escovas eram divergentes dentro de vários tufos; 7 (31,8%), a maioria dos tufos em suas escovas era divergente, com tufos cobrindo outros tufos e 2 (9,1%), a maioria dos tufos de suas escovas estava encoberta, com muitas cerdas divergentes, tornando a escova imprópria para uso.

Cada categoria representa a condição da escova dental de cada um deles. Esses resultados são importantes para avaliar a higiene bucal dos participantes da comunidade, fornecendo informações para o planejamento de ações e intervenções em saúde bucal nessa população. Nota-se que a condição das escovas dentais na comunidade quilombola Cocalinho estavam abaixo do ideal. A presença de escovas dentais com cerdas divergentes, tufo encobertos e impróprios para uso podem indicar um baixo nível de cuidado com a higiene bucal e pode estar relacionada a problemas de saúde bucal. A falta de certeza sobre se a escova foi usada ou não por alguns participantes também é um indicador de possíveis hábitos de higiene inadequados ou desorganizados. Além disso, a presença de um participante que não possui escova dental é preocupante, pois pode sugerir dificuldades no acesso a cuidados básicos de saúde bucal na comunidade.

Além disso, uma análise de dados também pode ser utilizada para estabelecer comparações com outras comunidades e avaliar a eficácia de futuras intervenções na melhoria da saúde bucal dessa população. Neste contexto, foram encontrados poucos estudos que avaliassem a condição das escovas dentais em comunidades quilombolas.

No entanto, estudos anteriores, como o realizado por Passos e colaboradores (2006) com escolares em João Pessoa, Paraíba, na avaliação das condições físicas das escovas, observou-se que 91% delas receberam escores 0 e 1, enquanto 8,9% receberam escore 2 e 3. Outros estudos, como os de Massoni e colaboradores (2015), também reportaram resultados similares. Quanto à condição física das escovas, em quase um terço delas, não foi possível determinar com certeza se foram usadas (pontuação 0), enquanto 44,7% foram consideradas de pouco uso, apesar de apresentarem cerdas divergentes dentro de tufo (pontuação 1). Estudos realizados por Marin e Michels (2017) demonstraram que a maioria das escovas estava em estado adequado para uso, opções como graus 0 e 1. A presença predominante de escovas opções como graus 0 e 1 pode indicar substituições adequadas ao longo do tempo ou, alternativamente, a frequência relativamente baixa de escovação nessas instituições.

Contudo, vale ressaltar que, apesar dos resultados positivos em relação às condições físicas das escovas, com base na avaliação visual e no desgaste das cerdas, conforme o método de Rawls (1989), também foi apresentado um número significativo principalmente em Dona Juscelina (40,9%) de escovas com uma aparência que levanta dúvidas sobre seu uso efetivo (pontuação 0). Isso suscita questionamentos sobre a adoção real de práticas regulares de escovação dentária entre as crianças das comunidades. É importante destacar que os resultados apresentados são baseados em uma amostra

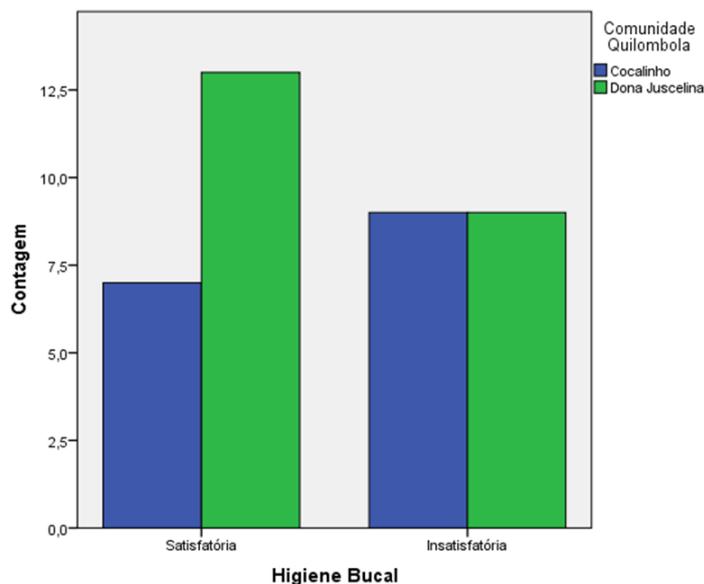
pequena das comunidades quilombolas, e, portanto, não podem ser generalizáveis para toda a comunidade. No entanto, eles fornecem uma visão da situação e podem ser usados como base para questionamentos mais aprofundados e para direcionar esforços de saúde pública na área da saúde bucal.

É importante considerar algumas ações para melhorar a saúde bucal dos moradores. A educação em saúde que é um poderoso instrumento para capacitar tanto indivíduos quanto comunidades. Essa capacitação desenvolve o empoderamento que está intrinsecamente ligado ao controle que cada pessoa exerce sobre sua própria vida. Isso engloba não apenas a aquisição de competências individuais, mas também a capacidade de realizar uma análise crítica do ambiente social e político ao seu redor. Além disso, o empoderamento se manifesta através do desenvolvimento de recursos coletivos por meio de ações sociais e políticas voltadas para a saúde. Isso implica em defender melhores condições de vida e saúde tanto a nível individual quanto coletivo (MARTINS *et al.*, 2015).

Considerando a higiene bucal das comunidades estudadas, a higiene bucal analisada na comunidade quilombola de Dona Juscelina revelou que a maioria das pessoas na comunidade apresenta uma higiene bucal considerada satisfatória 13 (59,1%), enquanto uma menor possui uma higiene bucal insatisfatória 9 (40,9%) (**Gráfico 10**). Os resultados apontaram que uma parte significativa dos moradores está adotando práticas de higiene bucal adaptadas, como escovação regular dos dentes. Esse hábito pode contribuir para a prevenção de problemas e para a promoção de uma melhor saúde bucal na comunidade.

Na comunidade quilombola de Cocalinho, observou-se os seguintes resultados: 7 (43,8%) da amostra, possuem uma higiene bucal considerada satisfatória e 9 (56,3%) da amostra, possuem uma higiene bucal considerada insatisfatória. A prevalência de uma higiene bucal insatisfatória na comunidade quilombola de Cocalinho pode estar associada a uma maior incidência de problemas seguidos, como cáries, doenças periodontais. Nota-se a relação entre a higiene insatisfatória com a condição das escovas, visto que a quantidade de escovas impróprias para uso em Cocalinho 3 (18,8%) e 1 (6,3%) participante nem possuía escova e Dona Juscelina com a quantidade imprópria de escovas para o uso 2 (9,1%).

**Gráfico 10-**Distribuição da Condição da higiene bucal das duas comunidades.



**Fonte:** Elaboração do autor

Por isso chamamos para a importância da educação em saúde bucal de acordo com Fittipaldi 2021:

Na PNSB a educação em saúde tem destaque nas ações de promoção e proteção da saúde, inserindo a saúde bucal no contexto de cuidado integral dos sujeitos. Ela propõe que os indivíduos tenham conhecimento sobre o processo saúde-doença para realizar suas escolhas, caracterizando o enfoque da escolha informada (Fittipaldi et al., p.7, 2021).

Pelos resultados, notou-se que existe uma baixa alfabetização em saúde nessas comunidades e é um desafio para que as pessoas possam exercer um controle em sua saúde, sendo fundamental a informação, conhecimento e compreensão para que tenham confiança e vontade de manter o controle sobre si mesmas. A educação para a saúde e a alfabetização em saúde são ferramentas para capacitar as pessoas a compreender e gerenciar sua própria saúde de forma eficaz. Ao fornecer informações acessíveis e práticas sobre saúde, essas abordagens ajudam as pessoas a tomar decisões informadas sobre seu bem-estar e a adotar comportamentos saudáveis no dia a dia. Essas iniciativas não apenas promovem a prevenção de doenças, destacando a importância de hábitos saudáveis e práticas de higiene, mas também capacitam as pessoas a assumirem um papel ativo em seu autocuidado. A alfabetização em saúde, por exemplo, ensina habilidades essenciais, como interpretar informações médicas e seguir orientações de tratamento, permitindo que as pessoas ajam com autonomia na gestão de sua saúde (MARTINS *et al.*, 2015).

Além disso, ao promover o debate e a discussão sobre questões de saúde, a educação para a saúde incentiva a participação ativa na promoção da saúde individual e comunitária. Isso cria uma cultura de conscientização e responsabilidade compartilhada em relação à saúde, beneficiando não apenas os indivíduos, mas também as comunidades em geral (MARTINS *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a orientação sobre higiene bucal deve ser amplamente promovida, tanto para as crianças quanto para seus responsáveis, desempenhando um papel fundamental na melhoria da saúde bucal e, conseqüentemente, na redução do número de dentes cariados, perdidos e obturados. Isso, por sua vez, contribui para uma maior durabilidade dos dentes e para o bem-estar geral, como ressaltado por Sousa e colaboradores (2020).

A doença cárie em crianças, se não tratada a tempo, poderá causar danos a vida desse indivíduo como dor, dificuldade de concentração, além de problemas estéticos, que como consequência irão influenciar na qualidade de vida e seu potencial de sucesso, sendo que os grupos mais suscetíveis à cárie, incluem crianças de classe econômica menos favorecidas e aquelas com pais com baixa escolaridade (DIAS, 2018, p.996).

Além disso, é importante destacar que um estudo realizado com adolescentes na comunidade quilombola Cocalinho demonstrou que os hábitos de higiene bucal dos examinados variavam entre regulares e péssimos, conforme apontado por Dias e colaboradores (2020). Portanto, fortalecer a conscientização e a prática de cuidados bucais adequados é essencial para combater as doenças dentárias e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Porém segundo Salles e colaboradores (2021) uma das principais barreiras enfrentadas ao desenvolver programas educativos em saúde bucal é a resistência que as pessoas têm em adotar novos hábitos.

#### 6.4 Utilização de serviços de saúde

Por se tratar de pequenas comunidades que também estão inseridas em pequenas cidades podemos observar que existe uma quantidade mínima de consultório particular nesses municípios e uma grande parte da população relata não ter condições financeiras para realizar os procedimentos odontológicos no serviço particular ou seja 84,2% (**Tabela 7**) dessas crianças dependem totalmente do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Tabela 7-** Distribuição do perfil de utilização de serviços odontológicos e estado de saúde bucal dos participantes.

Variáveis	Total N=38		Dona Juscelina N=22		Cocalinho N=16	
	N	%	N	%	N	%
<b>Dor de Dente nos Últimos 6 Meses</b>						
Sim	15	39,5	9	40,9	6	37,5
Não	23	60,5	13	59,1	10	62,5
<b>No último ano, o (a) sr. (a) procurou algum consultório odontológico, para atendimento da criança?</b>						
Não procurei	15	39,5	7	31,8	8	50,0
Procurei e não fui atendido	2	5,3	1	4,5	1	6,3
Procurei e fui agendado para outro dia/outro local	1	2,6	-	-	1	6,3
Procurei e fui atendido	20	52,6	14	63,3	6	37,5
<b>Quando a criança consultou o dentista pela última vez?</b>						
Até um ano	27	76,3	15	72,7	12	81,3
Outros	3	7,9	2	9,1	1	6,3
Nunca foi ao dentista	3	7,9	3	13,6	2	12,5
Serviço particular	1	2,6	1	4,5	-	-
Não sabe/ não respondeu	1	2,6	1	4,5	1	6,3
<b>Onde foi a última consulta da criança a um dentista?</b>						
Serviço público	32	84,2	18	81,8	14	87,5
Serviço particular	1	2,6	1	4,5	-	-
Nunca foi ao dentista	5	13,2	3	13,6	2	12,5
<b>Qual o motivo da última consulta da criança a um dentista?</b>						
Revisão, prevenção ou check-up	11	31,6	7	31,8	4	25
Dor	7	18,4	5	22,7	2	12,5
Extração	7	18,4	5	22,7	2	12,5
Tratamento	7	18,4	2	9,1	5	31,3
Nunca foi ao dentista	5	13,2	3	13,6	2	12,5
Não sabe/ não respondeu	1	2,6	-	-	1	6,3
<b>Em geral como o (a) sr. (a) avalia a saúde bucal (gengivas e dentes) da criança?</b>						
Muito boa	7	18,4	4	18,2	3	18,8
Boa	15	39,5	12	54,5	3	18,8
Regular	12	31,6	4	18,2	8	50,0
Ruim	4	10,5	2	9,1	2	12,5
<b>O sr. (a) acha que a criança necessita de tratamento dentário atualmente?</b>						
Não	13	34,2	10	45,5	3	18,8

Sim	24	63,2	11	50,0	13	81,3
Não sabe/ Não respondeu	1	2,6	1	4,5	-	-

---

**Fonte:** Elaboração do autor

O tratamento odontológico ainda não é uma realidade para todos, e é negligenciado pelo poder público. Outro fator importante é o acesso as unidades de saúde, a comunidade Cocalinho possui uma Unidade de Saúde, porém não tem atendimento odontológico diário. Segundo os moradores, a frequência de atendimento é uma vez na semana, e a comunidade está distante de Santa Fé do Araguaia cerca de 11 km (IBGE, 2022). Logo, o acesso é mais difícil para essa comunidade, o que possivelmente contribui para um índice de cárie mais alto. Já a comunidade Dona Juscelina está inserida dentro da área urbana, neste caso facilitando o acesso a unidades de saúde, porém existe uma demanda de toda uma população, rural e urbana, dificultando a realização de diversos procedimentos odontológicos (**Mapa 4**).

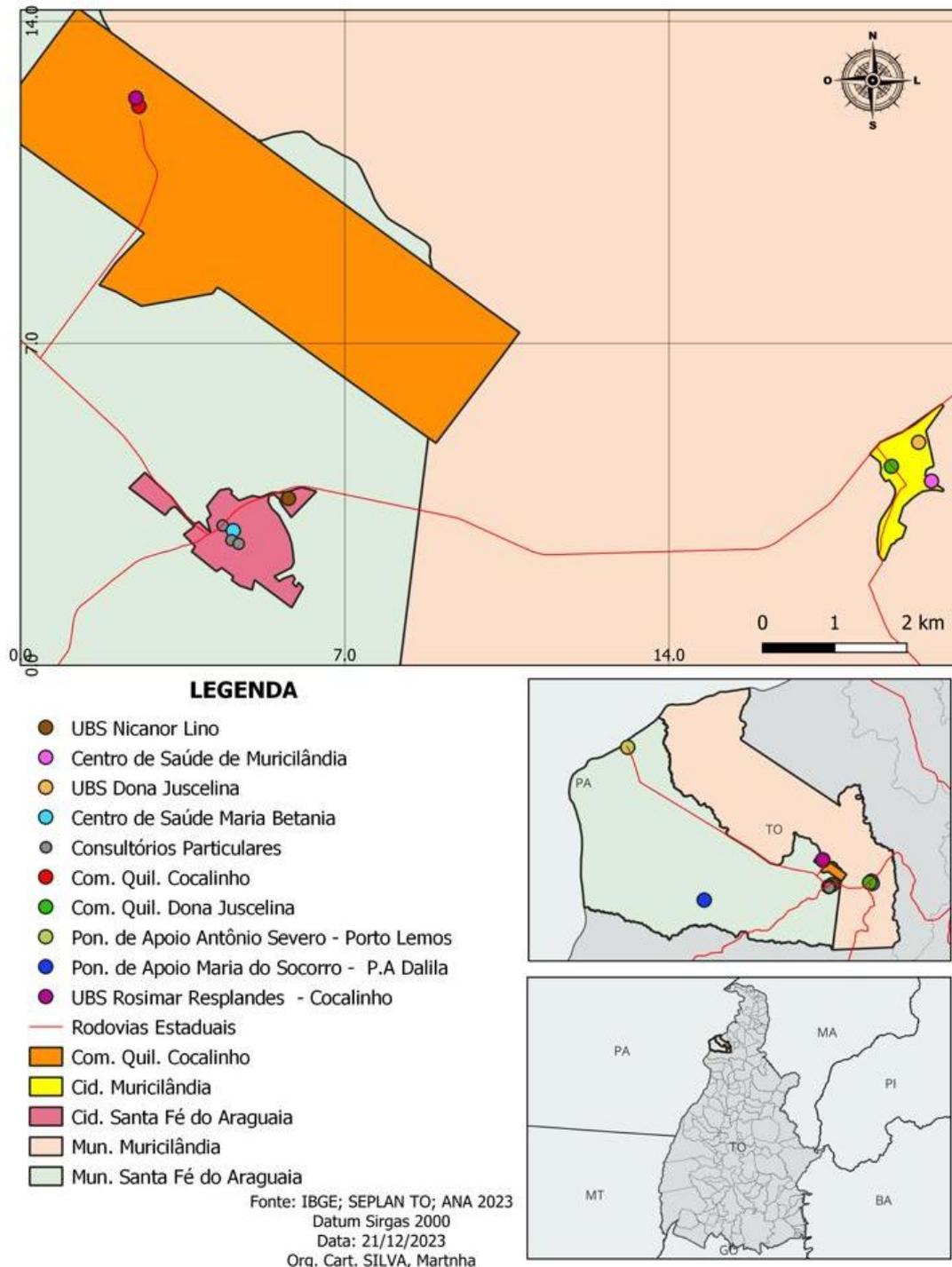
Muitas comunidades estão em áreas rurais e não ficam próximas dos centros de atendimentos odontológicos, dificultado o acesso da população ao tratamento e orientação em saúde bucal, além de o financeiro ser limitado em sua maioria, os custos com deslocamento limitam a busca por atendimento odontológico (REIS *et al.*, 2023). O que acontece com Cocalinho por ser uma vila mais distante da cidade, não possui atendimento todos os dias, e a população necessita em sua maioria do tratamento pelo SUS ou então necessitam se deslocar para Santa Fé ou Araguaína, que é um polo de saúde, o trabalho realizado por Dias (2020) traz essa variável acesso como um dos problemas enfrentados pelos moradores de Cocalinho.

Alguns estudos verificaram a influência de fatores socioeconômicos e demográficos na prevalência e severidade da cárie dentária, do edentulismo e da doença periodontal. Esse agravamento também foi percebido à medida que a comunidade quilombola se distanciava da zona urbana, o que pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal na zona rural. Esses achados evidenciam que, em uma população já em situação de vulnerabilidade social, os determinantes sociais têm impacto ainda mais negativo sobre os menos favorecidos (Sobrinho et al., p. 6, 2022)

Quando se trata de acesso podemos observar que na pesquisa realizada por Silva e colaboradores (2018), um dos fatores que influenciou no alto índice de cárie foi o acesso, alguns lugares não tem passagem para veículos e a principal forma de locomoção é a pé. A média do índice de CPO-D na pesquisa de Silva e colaboradores (2018) foi de 4,1, indicando uma prevalência moderada, além de todos os fatores citados uma das

causas é a relação com o pouco conhecimento sobre os cuidados de saúde bucal ( SILVA *et al.*, 2018b).

**Mapa 4**-Localização das redes de estabelecimento de Saúde bucal nas cidades de Santa Fé do Araguaia e Muricilândia, Tocantins.



**Fonte:** Elaboração do autor

A **Tabela 7** mostra utilização de serviços de serviços odontológicos referentes aos participantes do estudo, informações obtidas por meio do questionário direcionado ao responsável legal da criança quiolombola. Observou-se que uma parcela das crianças nas duas comunidades não relatou ter apresentado dor de dente nos últimos 6 meses. No entanto, a proporção de crianças sem dor de dente variou entre as comunidades, sendo Cocalinho a que teve 6 (37,5%) e Dona Juscelina 9 (40,9%). A principal causa de dor nas crianças destas comunidades é proveniente da cárie.

A maioria dos responsáveis nas duas comunidades procurou atendimento odontológico para as crianças no último ano. A comunidade Cocalinho apresentou um número mais elevado de pessoas que não procuraram atendimento 8 (50,0%), em relação a procurar ser atendido Dona Juscelina segue a frente com 14 (63,3%) e cocalinho 6 (37,5%). Ao longo dos relatos durante o trabalho de campo os participantes de Cocalinho, observou-se que muitos responsáveis expressaram insatisfação com os serviços odontológicos disponíveis na comunidade, porém 29 (76,3%) das crianças consultou um dentista até um ano, em todas as comunidades.

A restrição no acesso a serviços essenciais, como saúde, educação e saneamento básico, aponta para a vulnerabilidade dessas comunidades. A promoção da saúde bucal desde a infância, com o incentivo e acompanhamento dos pais, é uma abordagem preventiva crucial, reconhecendo que isso pode impactar positivamente a saúde bucal ao longo da vida. Além disso, é ressaltada a importância das condições gerais de vida para o bem-estar da comunidade, incluindo moradia adequada, saneamento básico, transporte, alimentação e educação. Esses elementos são considerados como pré-requisitos fundamentais para garantir a dignidade humana. É vital que políticas e ações sejam implementadas para abordar essas questões e promover uma melhoria significativa na qualidade de vida dessas populações (SOUTO *et al.*, 2023).

Em termos gerais, a situação socioeconômica desempenha um papel crucial na manutenção de uma boa saúde bucal, uma vez que possibilita o acesso do indivíduo a tratamentos, prevenção e orientação em termos de higiene bucal. A concentração de riqueza e a exploração histórica da população negra, anteriormente por meio da escravidão e, atualmente, devido a empregos precários, condições habitacionais precárias e falta de recursos educacionais em bairros periféricos, continuam a dificultar o

acesso dessa população a condições de vida mais dignas, o que perpetua as desigualdades em saúde experimentadas por esses indivíduos (REIS *et al.*, 2023; LIMA, 2021).

No SB 2010 o Sistema único de Saúde (SUS) ainda foi o mais procurado para a realização de atendimento, com taxa aproximada de 64%. Observou-se nas comunidades que as crianças em sua maioria realizaram sua última consulta em serviços públicos de saúde bucal. Essa busca pelo serviço público foi significativa 32 (84,2%), podemos comparar com outros trabalhos como o realizado com adolescentes quilombolas e não quilombolas de Vitória da Conquista, no estado da Bahia, onde os adolescentes que já realizaram uma consulta odontológica, 67,8% utilizaram o serviço público (SILVA *et al.*, 2018a). Outro estudo realizado nas comunidades quilombolas de São José da Serra e Santana, situadas nos municípios de Valença e Quatis, respectivamente, no estado do Rio de Janeiro, Sudeste do Brasil, consultaram um cirurgião dentista pelo menos uma vez na vida, principalmente no serviço público (57,9% ) (SOUZA; FLÓRIO, 2014).

Neste caso, é notório o quanto o serviço público é essencial para todos. Notou-se a importância do SUS para as comunidades quilombolas e em geral, a diferença no local da última consulta odontológica, com a maioria das crianças usando serviços públicos, sugere que fatores socioeconômicos podem influenciar onde as famílias procuram atendimento. Comunidades com maior mobilidade socioeconômica podem depender mais de serviços públicos de saúde.

Uma das perguntas do presente era como o responsável avaliava a saúde bucal da criança, 39,5% relatam que é boa, e só 18,4% relatam muito boa, esses dados podem ser comparados com os de outras comunidades. Um estudo realizado por Salles e colaboradores (2021) com pais e/ou responsáveis de escolares de 4 a 12 anos de idade, pertencente ao bairro Cascavel Velho, do município de Cascavel, estado do Paraná, é similar ao observado presente estudo em relação as respostas sobre a saúde dos filhos, sendo que a maior parte (48%) a considera boa e no presente estudo (39,5%) considera boa a saúde bucal de seus filhos, ou seja podemos sugerir que não existe diferenças marcantes entre comunidades quilombolas e bairros de cidades.

Outro estudo realizado com adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e não quilombolas de Vitória da Conquista, no estado da Bahia, quanto à saúde bucal, 63,0% dos adolescentes consideraram sua saúde bucal boa ou muito boa, 48,1% relataram necessidade de tratamento dentário (SILVA *et al.*, 2018a) E a pesquisa que foi realizada na Comunidade Quilombola no município de Quixadá, no Ceará 67% (n=8)

consideraram que a sua saúde bucal se encontrava boa, 17% (n=2) afirmaram que sua condição de saúde bucal poderia ser considerada muito boa e apenas 16% (n=2) consideraram de regular a muito ruim, conforme gráfico (SILVA *et al.*, 2018b).

Uma análise sistemática realizada por Reis e colaboradores (2023) indicou que a população negra enfrenta condições de saúde bucal desfavoráveis, especialmente em termos de perda dentária, autoavaliação negativa da saúde bucal e incidência de cáries. Foi observada uma correlação entre a raça/cor da pele negra e/ou situação econômica e questões bucais, incluindo perda dentária, cárie, e uma possível ligação entre a perda dental e baixo status econômico. No caso dos indivíduos quilombolas, a deterioração da saúde bucal pode ser atribuída a fatores que evidenciam as disparidades sociais. E no presente estudo descrevemos essa relação direta entre os status socioeconômico com cárie.

#### 6.5 Inferências de políticas públicas na saúde bucal e a Teoria da Causas Fundamentais

A análise dos dados ressalta a importância das políticas públicas para abordar as desigualdades em saúde bucal. Se relacionarmos os dados à luz da Teoria das Causas Fundamentais de Doenças, destaca-se a complexa interação entre fatores sociais, biológicos e culturais que afetam a saúde bucal das crianças em diferentes comunidades. Abordar as disparidades requer uma abordagem holística que envolva educação em saúde, acesso a serviços, políticas públicas e empoderamento das comunidades. Ao enfrentar os determinantes subjacentes, podemos trabalhar para reduzir as desigualdades na saúde bucal e promover um melhor bem-estar para todas as crianças, independentemente de sua origem ou contexto socioeconômico. Crianças com melhor saúde bucal têm maior probabilidade de ter melhor desempenho escolar, maior autoestima e menos manutenção na vida devido a problemas de saúde.

De acordo com a TCF, as intervenções eficazes devem ir além dos fatores de risco individuais e abordar diretamente as condições sociais e a desigualdade nos recursos relacionados à saúde. Isso requer uma abordagem política e uma mudança de perspectiva para entender e enfrentar as causas fundamentais da doença. Portanto, as políticas de saúde devem considerar essas causas fundamentais e abordar a desigualdade nos recursos relacionados à saúde que elas implicam. O autor argumenta que existem políticas relevantes para as causas fundamentais da doença, como salário mínimo, habitação, impostos, licença parental e programas sociais, que precisam ser tolerados em termos de

suas instituições para a saúde.

Uma característica essencial das causas fundamentais é sua influência em vários resultados de doenças, não se limitando a uma única doença ou problema de saúde. Elas produziram esses resultados por meio de fatores múltiplos de risco e estão associadas ao acesso a recursos que podem ser usados para evitar riscos ou lidar com as consequências da doença. Além disso, a associação entre uma causa fundamental e a saúde é reproduzida ao longo do tempo, mesmo diante de mudanças nos câmbios que ligam a condição social à saúde.

A teoria das causas fundamentais tem fundamentos básicos para a compreensão das desigualdades em saúde e para a formulação de políticas de saúde. Ela desafia a visão reducionista que se concentra apenas nos fatores de risco individuais e destaca a necessidade de abordar as condições sociais subjacentes que perpetuam as desigualdades em saúde. Isso requer políticas e intervenções que abordem questões relacionadas, como pobreza, desigualdade de renda, acesso a serviços de saúde e oportunidades educacionais, a fim de promover a equidade em saúde.

O governo brasileiro tem implementado políticas e iniciativas com o objetivo de melhorar o acesso à saúde para as comunidades quilombolas. Isso inclui a inclusão do atendimento básico de saúde, ações cuidadas para a segurança alimentar e nutricional e a inclusão de critérios de elegibilidade específicos para o financiamento de projetos de saneamento nessas áreas. Essas medidas visam garantir que as comunidades quilombolas tenham acesso a serviços de saúde básicos, promovendo o cuidado preventivo, o diagnóstico e o tratamento de doenças. Além disso, ações de segurança alimentar e nutricional buscam melhorar as condições de nutrição e alimentação dessas comunidades, confiantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas à má nutrição. A inclusão de critérios específicos para o financiamento de projetos de saneamento em áreas quilombolas é outra medida importante, pois visa melhorar as condições sanitárias dessas comunidades. Isso inclui o acesso a água potável, saneamento básico adequado e condições de higiene, que são fundamentais para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Essas políticas e iniciativas demonstraram o reconhecimento da necessidade de ações específicas para atender às demandas de saúde das comunidades quilombolas, visando reduzir as desigualdades e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde (FREITAS *et al.*, 2011).

Apesar dos avanços e das políticas implementadas, ainda existem desafios a serem enfrentados, como a redução da morbimortalidade infantil, a equidade na assistência, a redução das desigualdades regionais, a promoção de ações preventivas e a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde da criança. Em resumo, a proposta de uma política pública de saúde para a criança resulta de um processo histórico, com a implementação de programas e estratégias ao longo do tempo. Essas políticas visam promover a saúde, prevenir doenças e reduzir a morbimortalidade infantil, envolvendo diferentes atores e setores da sociedade (ARAUJO *et al.*, 2014; GUIMARÃES, SILVA e RAMOS, 2018).

Dessa forma, a teoria das causas fundamentais destaca a importância do SSE e de outros fatores sociais na compreensão das desigualdades em saúde. Ela nos lembra que as desigualdades não são simplesmente resultado de diferenças individuais em comportamentos ou fatores de risco, mas sim de condições sociais mais amplas que moldam o acesso a recursos e oportunidades relacionadas à saúde. (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010).

1. **Relação entre Status Socioeconômico e Saúde Bucal** : Existe uma forte ligação entre o nível socioeconômico de uma pessoa e sua condição de saúde bucal, sendo que pessoas com menor renda, menos escolaridade e pertencentes a grupos sociais economicamente desfavorecidos tendem a relatar piores em sua saúde bucal (SOUSA *et al.*, 2019).
2. **Efeito Persistente do Status Socioeconômico** : O impacto do status socioeconômico nas questões bucais é contínuo ao longo da vida, com evidências que demonstram que esse efeito é mais pronunciado durante a infância (GOETTEMS *et al.*, 2018).
3. **Determinantes Socioeconômicos da Saúde Bucal**: A saúde bucal está intimamente relacionada a diversos fatores socioeconômicos, como acesso ao saneamento básico, qualidade da alimentação, condições de moradia, oportunidades de trabalho, níveis de educação, nível de renda e expectativa de vida. Estudos, como o de Peres e colaboradores (2013), demonstraram que problemas bucais estão correlacionados com alta densidade populacional em residências, falta de saneamento básico, taxas elevadas de analfabetismo, maior proporção de pessoas de baixa renda e expectativa de vida reduzida.

4. **Renda como Fator de Risco para Problemas Bucais** : A renda, assim como a pobreza, o emprego, o nível de instrução e as condições de moradia, é identificada como um fator de risco significativo para problemas de saúde bucal (SILVA; MACHADO e FERREIRA, 2015).

As crianças quilombolas de Cocalinho e Dona Juscelina enfrentam problemas de saúde bucal, principalmente na comunidade Cocalinho, que apresentou um elevado índice de cárie quando comparada à comunidade Dona Juscelina e dados oficiais nacionais. De fato, com base nos resultados, é possível apontar que existe uma relação entre o status socioeconômico (SSE) e a saúde bucal das crianças analisadas, e que ela persiste mesmo diante de mudanças nas dinâmicas espaciais e sociais que ligam essas duas variáveis. Um dos fatores que pode influenciar é que a comunidade Cocalinho apresenta aspectos mais rurais, com território delimitado menos próximo dos serviços de saúde, já Dona Juscelina está localizada dentro de uma área urbana, conseqüentemente com mais acesso aos serviços de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário do presente estudo consiste em comunidades tradicionais que estão localizadas no Norte do Tocantins, na Amazônia legal, comunidades estas que apresentam limitações em relação a saúde geral e bucal, e frequentemente são negligenciadas pela falta de recursos financeiro, acesso ao serviço odontológico e por falta de conhecimento dos cuidados básicos de saúde bucal, assim contribuindo para desigualdades sociais existentes nessas comunidades.

A partir do levantamento bibliográfico realizado, são escassos os trabalhos com crianças quilombolas, todavia, os estudos mais recentes apontam as crianças como um grupo muito afetado (PAULA; NAZÁRIO, 2017; FREITAS *et al.*, 2011; SOUZA, 2020), principalmente por estarem em desenvolvimento, o que gera impactos na qualidade de vida atual e no seu futuro (DIAS, 2018; NARVAI *et al.*, 2006). Em geral, essas comunidades apresentam uma baixa densidade populacional, como esperado, e quando se tratam de crianças, esse número é ainda menor, reflexo dos processos de migração dos quilombolas para áreas mais urbanizadas (VICTOR, 2020). Aliado a isso, destacamos que, apenas 12,6% da população quilombola reside em territórios oficialmente

delimitados e 87,4% encontram-se fora de áreas formalmente delimitadas e reconhecidas (IBGE,22).

A Teoria das Causas Fundamentais (TCF) elaborada por Jo Phelan e Bruce G. Link, destaca a importância do SSE e de outros fatores sociais na compreensão das desigualdades em saúde. Neste caso, observou-se que a renda variou entre as comunidades e que as melhores condições salariais foram relacionadas aos indivíduos com formação em nível superior e com pós graduação, ou seja, com mais acesso à educação e conhecimento sobre os cuidados com saúde bucal. Observou-se que rendas mais elevadas foram relacionadas a menores índices de cáries. A TCF nos remete que as desigualdades não são simplesmente resultado de diferenças individuais em comportamentos ou fatores de risco, mas sim de condições sociais mais amplas que moldam o acesso a recursos e oportunidades relacionadas à saúde. Essa teoria assume as condições econômicas como principal causa dos efeitos sobre o processo saúde-doença.

Considerando sua abordagem em áreas urbanas ou países desenvolvidos, essa premissa poderia ser apontada como uma limitação (já que há muitos elementos a serem considerados, culturais por exemplo), porém, em comunidades negras no nosso país, a renda é covariável do componente étnico-racial. De fato, em nosso país os negros e pardos apresentam menor renda e são mais afetados tanto no campo social quanto na saúde devido a essa herança de desigualdade.

A desigualdade na saúde bucal que persiste nas comunidades quilombolas não é considerada apenas um reflexo da disparidade no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, mas também um indicador das profundas desigualdades sociais históricas em nossa sociedade. Essas comunidades enfrentam barreiras sistemáticas no acesso aos serviços odontológicos, o que resulta em uma prevalência de problemas de saúde bucal que poderiam ser evitados, o que implica em iniquidades na saúde. Devemos considerar que a desigualdade na saúde bucal é uma expressão de um problema complexo, não demonstrando aqui no presente estudo uma relação causal simplista de renda e desfechos em saúde, porém servindo de modelo para uma compreensão maior, sobre um possível indicador de um sistema social, que não atende igualmente às necessidades e particularidades de todas as comunidades.

Por isso a importância de estudos como esse, pois por meio de dados primários, podemos denunciar os problemas existentes nas comunidades e assim direcionar aspectos

mais específicos para melhor atender essas populações, e neste caso propor a criação de políticas públicas mais eficaz para esses povos. A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente constitui-se num marco na história das políticas públicas no Brasil, e a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB BRASIL proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros, porém seu alcance nas comunidades tradicionais ainda é limitado, pois ele abrange as comunidades gerais. A política pública é mais que a soma de políticas em diferentes setores e segmentos, seus sistemas de informação precisam refletir a real situação para que as políticas, de fato, sejam efetivas.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABA - Associação Brasileira de Antropologia: 1994.
- AGNELLI, P. B. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 10-5, jan./jun. 2015
- ALMEIDA, M. G. de. **Territórios de quilombolas: pelos vãos e serras dos Kalunga de Goiás** – Patrimônio e biodiversidade de sujeitos do cerrado. In: *Cerrado do nordeste goiano*. v.4,n.1,p.36-63, jan./fev. 2010.
- ALMEIDA, S. L de. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.
- ANDRADE, L. O. M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo(SP): Hucitec, 2006.
- ANJOS, R. S. A. *Cartografia e Quilombos: Territórios étnicos africanos no Brasil*. *Africana Studia*, Nº 9, Edição do Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP), 2006.
- ANTUNES J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev Saúde Pública.*;42(3):562-7. 2008.
- ARAÚJO, J. P; SILVA, R. M. M; COLLET, N; NEVES, E. T; TOSO, B. R. G. O; VIERA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, p. 1000-1007, Federal de Santa Catarina. ISSN 1980-4512, 2014.
- ARREDONDO, A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 254-261, 1992.
- ARRUTI, J.M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, M. de; HERINGER, R. (orgs.). *Caminhos convergentes. Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Heinrich Böhl Stiftung Actionaid, 2009. Cap. 2, p. 75-110.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009.
- BARBOSA, I. R; GONÇALVES, R. C. B; SANTANA, R. L. Mapa da vulnerabilidade social do município de Natal-RN em nível de setor censitário. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 1, p. 48-56, 2019.
- Barreto, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2097-2108, 2017
- BORGHI, C. M. S. O; OLIVEIRA, R. M; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 869-897, 2018.
- BOMFIM, L. S; ARAÚJO, E. M; AMARAL, M. T. R; ALMEIDA, I. F. B; OLIVEIRA, M. C. Associação entre saúde bucal, variáveis sociais, culturais e de acesso em indivíduos de uma população quilombola. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 1-18, 2023.

BRAGA, K. P; DIAS, J. G; OLIVEIRA, S. F; MELO, A. S; PAIVA, S. G; RIBEIRO, P. C.C. Segurança alimentar e saúde bucal: estudos interdisciplinares sobre limitações para garantia da saúde em uma comunidade quilombola do norte do Tocantins. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 165-204, 2020.

BRAGA, K. P. Análise da segurança alimentar e fatores associados na Comunidade remanescente quilombola de Cocalinho – TO. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Tocantins – UFT, Araguaína-TO, 2019.

BRANDÃO, A. Comunidades quilombolas no Brasil: características socioeconômicas, processos de etnogênese e políticas sociais. Rio de Janeiro: Eduff, 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Programa Brasil Quilombola**. Publicado em 18/04/2018 16h15 Atualizado em 16/03/2021.

BRASIL. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial secretaria de políticas para comunidades tradicionais. 2013.

BRASIL. Guia de Políticas Públicas para Povos e Comunidades Tradicionais / Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - 1ªed. - Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos,. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 maio 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. **Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS**. Brasília, Ministério da saúde, 2017.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2010.

CARRAPATO, P; CORREIA, P; GARCIA, G. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.3, p.676-689, 2017

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAVALCANTI, L. S. **Uma geografia da cidade - Elementos da produção do espaço urbano**. In: \_\_\_\_\_. (org.). Geografia da Cidade: a produção do espaço urbano de Goiânia. Goiânia: Alternativa, 2011.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: revista de cultura e política**, p. 123-140, 1989.

CURTO, J. C. Resistência à escravidão na África: o caso dos escravos fugitivos recapturados em Angola, 1846-1876. Afro-Ásia, núm. 33, pp. 67-86 Universidade Federal da Bahia Bahía, Brasil, 2005.

CRUZ, Luciana Ribeiro da. Planejamento urbano para a primeira infância e vulnerabilidade parental em Araguaína-TO, Amazônia Legal. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Tocantins – UFT, Araguaína-TO, 2022.

DALOSTO, C. D. **As políticas públicas e o problema da concretização dos direitos quilombolas no Brasil: o exemplo Kalunga**. Universidade federal de Goiás Faculdade de direito Programa de pós-graduação em direito agrário. Goiânia, 2016.

DE SOUZA, T. K. S. Análise dos critérios para adquirir o benefício de prestação continuada prevista na LOAS. **Revista Discente UNIFLU**, v. 4, n. 2, p. 61-75, 2023.

DE OLIVEIRA, Roberto et al. Avaliação da Potabilidade da Água Consumida por Quilombolas em Juazeiro, BA, Brasil. **Opará: Etnicidades, Movimentos Sociais e Educação**, v. 3, n. 4, p. 45-58, 2015.

DE MICHELI, C. M; LUCZKIEVICZ, C; CARDOZO, P. S; DAMBROS, T. R; CÓL, L; ORSO, K. D. F; SERPA, E. C. S. N. Utilização do modelo matemático de Streeter-phelps de oxigênio dissolvido aplicado na qualidade da água do rio quilombo na Região Oeste Catarinense. **Anais de Engenharia Química**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 166 - 187, mar. 2022.

DIAS, J. G; PEREIRA, B. L; RIBEIRO, P. C. Vulnerabilidade em saúde bucal: ausência de flúor na água de abastecimento público em uma comunidade remanescente quilombola. *Journal Business Technologic* 13(1):57-69, 2020.

DIAS, J. G. Políticas públicas em saúde bucal com ênfase em má oclusão: análise comparativa entre duas escolas de educação básica do Tocantins, uma quilombola e uma periférica. 2020. 154f. Dissertação (Mestrado Demandas Populares e Dinâmicas Regionais) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, Araguaína, 2020.

DO VALE, M. A., SILVA JÚNIOR, J. L. C. DA, NASCIMENTO JÚNIOR, R. E., & COLEN, A. G. N. Avaliação da qualidade hídrica da região do quilombo Barra do Aroeira como indicativo de uso e ocupação do solo. *Revista Extensão*, 5(1), 13-21, 2021.

FCP. Fundação Cultural dos Palmares, 2023

FERREIRA, R. G. L. A; BÓGUS, C. M; MARQUES, R. A. A; MENEZES, L. M. B. NARVAI, P. C. Fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil: o olhar de lideranças de saúde. *Cad Saúde Pública*. 30(9):1884–90. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1884>, 2014.

FERREIRA, R. G; BASTIANINI, M. E; MARSICANO, J. A; PRADO, R. L. Influência das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal: uma scoping review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e26911729890-e26911729890, 2022.

FITTIPALDI, A. L. M; O'DWYER, G; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-55, DOI: 10.1590/S0102-69092011000100002, 2011.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00280112. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00280, 2020

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*. Set-Out; 13(5):937-943, 2011.

FURTADO, M. B; SUCURPIRA, R. L. E; ALVES, C.B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia e sociedade*, 26 (1), 106 – 115, (2014).

GARBOIS, J. A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *RIO DE JANEIRO*, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017.

GEORGE, F. Sobre determinantes da saúde. Disponível em: [PDF]. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>, set 2011.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOETTEMS, M. L; OURENS, M; COSETTI, L; LORENZO, S; ÁLVAREZ-VAZ, R; CELESTE, R. K. Early-life socioeconomic status and malocclusion in adolescents and young adults in Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 34, p. e00051017, 2018.

GOMES, K; REIS, E; GUIMARÃES, M. D; CHERCHIGLIA, M. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1829-1842, 2013.

GONÇALVES, R. N; GONÇALVES, J. R. S. N; SILVA, R. O. C; RAFAEL GOMES DITTERICH, R. G; BUENO, R. E. Correlação entre indicadores de desenvolvimento municipal e de saúde bucal em uma mesorregião metropolitana do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31010226, 2023

GUIMARÃES, R. C. R; DA SILVA, H. P; RAMOS, E. M. L. S. Condições socioecológicas familiares nos primeiros dois anos de vida de crianças quilombolas no Pará: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 90-99, 2018.

HERINGER, R. Mapeamento de Ações e Discursos de Combate às Desigualdades Raciais no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 2001. v. 23, n. 2, p. 1-43.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA -INCRA [Internet]. Colonização e Reforma Agrária. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO QUILOMBOLA. IBGE.GOV, 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, 2010.

IPEA. Pobreza, desigualdade e políticas públicas. Comunicados da Presidência IPEA, v. 38, p. 1-18, 2010.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in American indian children. *Publ. Hlth Bull.*, 239:1, 54, Dec. 1937.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LEITE, I. B. Quilombs e quilombolas: cidadania ou folclorização? *Horizontes Antropológicos*, 5(10): 123-149, 1999.

LIMA, I. A. B; SOUZA, L. A; GARCIA, L. G; LUIZ NETO, L. S. S; MACIEL. E. S. Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 02, 2021.

LINK, G. Bruce & PHELAN, Jo. "Social conditions as fundamental causes of disease". *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Is-sue: 80-94, 1995.

LOPES, R. C. D. Identidade e territorialidade na Comunidade Remanescente de Quilombo Ilha de São Vicente na região do Bico do Papagaio\_Tocantins. 2019. 301f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia. UFPE, CFCH. Recife, 2019.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. *revista USP*, São Paulo (28): 56-63, dezembro/fevereiro 95/96.

MARIN C; MICHELS B. Desgaste e armazenamento das escovas dentais numa unidade oncológica infantil. *RSBO*. Jul-Dec;15(2):108-15, 2017.

MARQUES, A. S; CALDEIRA, A. P; SOUZA, L. R; ZUCCHI, P; CARDOSO, W. D. A. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*. 12:154-61, 2010.

MARMOT, M. Global action on social determinants of health. *Bulletin of the world Health Organization*, 89(10): 702-702, 2011.

MARTINS, R. J; BELILA, N. M; GARBIN, C. A.S; GARBIN, A. J. I.O impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas. *Rev. J Health Sci Inst. Araçatuba-SP*, 37(1), 20-25, 2019.

MARTINS, A. M. E. B. L; ALMEIDA, E. R; OLIVEIRA, C.C; OLIVEIRA, R. C. N; PELINO, J. E .P; SANTOS, A. S.F; ET AL. Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 69, n. 4, p. 328-339, 2015.

MASSONI, A. C. L. T; SILVA, M. C. A; PERAZZO, M. F; PEREIRA, R. V. S; PESSOA, C. P; GRANVILLE-GARCIA, A.F. Condições físicas e acondicionamento de escovas dentais de pré-escolares. *Arq odontol.*, Belo Horizonte, 51(2):96-103, abr/junh 2015.

MATOS, C. C. S. A.; TOURINHO F. S. V. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 13(40):1-13, 2018.

MATTOS, S. M; PEREIRA, D. S; MOREIRA, T. M. M; CESTARI, V. R. F; GONZALEZ, R. H. Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-12, 2020.

MINAYO, M. C. S. Determinação social, não! Por quê?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00010721, 2021

MIOTTO, M. H. M. B; LOUREIRO, C.A. Efeito das características sócio-demográfica sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *Rev. Odontol. UFES*. 5 (3): 6-14, 2003.

MIRANDA, L. P; OLIVEIRA, T.L; QUEIROZ, P.S.F; OLIVEIRA, P. S. D; FAGUNDES, L. S; RODRIGUES-NETO, J. F. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 23(2):e200146, 2020.

MIRANDA, K. C. O; SOUZA, T. A. C; LEAL, S. C. Caries prevalence among Brazilian indigenous population of urban areas based on the 2010 National Oral Health Survey. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1313-1322, 2018.

MORAIS, M. R. Políticas Públicas e a fé afro-brasileira: uma reflexão sobre ações de um estado laico. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, v. 14, n. 16, p. 39–59, 2012.

NARVAI, P.C; FRIAS, A.C; FRATUCCI, M. V. B; ANTUNES, J.L. F; CARNUT, L; FRAZÃO P. Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI : a efetividade em questão. *SAÚDE DEBATE*. 38(102):562– 71. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0562>, 2014.

NARVAI, P.C; BIAZEVIC, M. G. H; JUNQUEIRA, S. R; Pontes, E. R. C.J. Diagnóstico de cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. *Rev. Bras. Epidemiol.* 4 (2): 72-80, 2001.

NARVAI, P.C; FRAZÃO, P; RONCALLI, A. G; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam. Salud Publica*. 19 (6) 385-93, 2006.

NUNES, C. S; RHODEN, A. C. Parâmetros de qualidade da água do Rio quilombo localizado na bacia hidrográfica do Rio Chapecó. **Anais de Agronomia**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 177 - 202, dec. 2020.

O'DWYER, E. C. (Org.). *Quilombos: identidade étnica e territorialidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

Oliveira F. *Saúde da População Negra*. Brasília; 2001. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publi-cacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publi-cacoes/0081_saude_popnegra.pdf)

OLIVEIRA, G. A. *Em busca do quilombo: memória, território e sentimentos étnicos em Cocalim*. 1ª edição, Palmas-TO: Nagô editora, 2021.

OLIVEIRA, G. A. *Pegos a laço: identidade, deslocamento e luta pela terra no quilombo de Cocalim*. 2018 (TESE DE DOUTORADO). Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP. MARILIA, 2018.

OLIVEIRA, S. K. M; PEREIRA, M. M; , FREITAS, D. A; CALDEIRA, A. P. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Tocantis. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 307-313, Sept, 2014.

PAIVA, S. G. *Fatores de risco para doenças cardiovasculares em quilombos contemporâneos do Brasil Central: parâmetros demográficos, socioeconômicos, ancestralidade genética e saúde*, 2017.

PAIXÃO, M. Apud MANZATTI, M. **Quilombolas têm mais de 39 comunidades na região de Tocantins**. São Paulo, 2017. Disponível em:< <http://www.amazonia.org.br/noticias>>.

PASSOS, I. A; MASSONI, A. C. L. T; FERREIRA, J. M. S; FORTE, F. D. S; SAMPAIO, F. C. Evaluation of physical conditions and storage of toothbrushes in day cares of João Pessoa - Paraíba, Brazil. *Rev Odontol UNESP*. 2006; 35(4): 299-303.

PAULA, E; NAZÁRIO, R. Entre o quilombo e a educação infantil: o (não) lugar das crianças quilombolas na política educacional Brasileira. *Unisul, Tubarão*, v.11, n.19, p.96-111, Jan/Jun2017.

PERES, E. M; MOURA, P. S; COSTA, A. A. Investimentos para a Educação Quilombola no Ceará: Entre a Legislação, Políticas Educacionais e Desafios da Realidade; in: Anais do III Seminário Anual da Rede Mapa, 2018.

PERES, K. G; CASCAES, A. M; LEÃO, A. T. T; CÔRTEZ, M. I. S; VETTORE, M. V. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. Rev Saúde Pública, v. 47, n.3, p. 19- 28, mar. 2013.

PERES, M. A; MACPHERSON, L. M. D; WEYANT, R. J; DALY, B; VENTURELLI, R; MATHUR, M. R; Et al. Doenças bucais: um desafio global de saúde pública. The Lancet, Saude Bucall, V.34, Ed. 10194, P 249-260, 2019.

PÊSSOA, J. M. M: (Re) Construindo a História Afrobrasileira e Indígena; in: IV Colóquio de História. UNICAMP, nov. 2010.

PILOTTO, L. M; SCALCO, G. P .C; ABEGG, C. Factor analysis of two versions of the Oral Impacts on Daily Performance scale. Eur. J. Oral. Sci., Copenhagen, v. 124, n. 3, p. 372-8, Jun. 2014.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PHELAN, Jo C.; LINK, Bruce G.; TEHRANIFAR, Parisa. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior, November 2010; vol. 51, 1 suppl: pp. S28-S40.

QUARESMA, F. R. P; SOUZA, E. N; PEREIRA, R. S. F. Saúde dos Quilombolas em território da Amazônia Legal. sao Paulo 2020.

RAWLS, H. R.; MKWAYI-TULLOCH N. J.; CASELLA R.; COSGROVE R. The measurement of toothbrush wear. J. Dent. Res. 68(12):1781-5, 1989.

REIS, L.A.O; MIRANDA, S; FONSECA, B.R; PEREIRA, M; NATIVIDADE, M.S; ARAGÃO, E; PRATES, T; NERY, J.S. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Jul).

REIS, RS. A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA. Libertas, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, jan-dez / 2004, jan-dez / 2005– ISSN 1980-8518

RODRIGUES, S. A; LUCAS, M. G; CERQUEIRA, S. T. S; BRAGA, A. P. S; VAZ, L. G. Educação em saúde em comunidades quilombolas. Rev Gaucha Odontol. 59(3):445–51, 2011.

ROSA, J. A. A; FERNANDEZ, M. S; OLIVEIRA, C. C. C. Análise clínica e salivar das condições de saúde bucal de uma comunidade quilombola do Nordeste brasileiro. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 375-388, 2020.

ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. - 8. ed. - Rio de Janeiro : Medbook, 2018.

SALLES, G. N; BERTI, M; LIMA, D. P; BALTAZAR, M. M. M; MACHADO, B. R; PFEFFER, H; TERRERI, A. L. M. Influência de escolares participantes de um programa de educação nas práticas diárias de saúde bucal em seu ambiente familiar. Semin. Cienc. Biol. Saude [Internet]. 28º de setembro de 2021.

SANTOS, M. C. S; DELATORRE, L. R; CECCATO, M. G. B; BONOLO, P. F. Programa Bolsa Família e indicadores educacionais para crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2233-2247, 2019.

SARAVIA, E. FERRAREZI, E. Políticas públicas. Brasília: ENAP, 2006.

SARMENTO, M. G. S; SANTOS O. A; LIMA M. M. Desafios da educação em saúde bucal na adolescência. REA Odonto 2, ISSN 2674-720, 2020.

SAWYER, D. Políticas públicas, conservação e movimentos sociais. Brasília: UnB, 2009.

SILVA JV, MACHADO FCA, FERREIRA MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciências & saúde coletiva**, 20(8):2539-2548,2015.

SCHWENDICKE, F; DÖRFER, C. E; SCHLATTMANN, P; PAGE L. F; THOMSON, W. M; PARIS, S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res 2015;94(1):10-8.

SILVA, M. J. G; LIMA, F. S. S; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. Saúde Soc 2010; 19:109-20.

SILVA, G. S. e SILVA, V. J. Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. 2014.

SILVA, J. V. S.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 8, ago. 2015

SILVA, P. L. B.; MELO M. B. A. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: NEPP- Unicamp, Caderno n.48, 2010.

SILVA SOBRINHO, A. R. D; ARAÚJO, F. A. D. C; LIMA, N. L. B. D; FERREIRA, S. J; SETTE-DE-SOUZA, P. H. Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: uma revisão de escopo. **Rev Panam Salud Publica; 46, dic. 2022, 2022.**

SILVA, M.J.O., SILVA, C.S., SILVA, C.H.F., CARNEIRO, S.V. Condição de saúde bucal de população de 11 a 15 anos de idade em comunidade quilombola Sitio Veiga. **Revista Cereus**, v. 10, n. 3, p. 79-91, 2018. B

SILVA, E. K. P. D; SANTOS, P. R. D; CHEQUER, T. P. R; MELO, C. M. D. A; SANTANA, K. C; AMORIM, M. M; MEDEIROS, D. S. D. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2963-2978, 2018. A

SILVA, J. B. Discutindo o rural e o urbano. **Revista da ANPEGE**, v. 7, n. 8, p. 3-11, ago./dez. 2011.

SILVA, J. G. O novo rural Brasileiro. Belo Horizonte: Revista Nova Economia,1997.

SOUSA ARAÚJO, I; PINHEIRO, W. R; VILAR, M. O. Prevalência de cárie dentária em crianças em condição de vulnerabilidade social/Prevalence of dental caries in children in condition of social vulnerability. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 49, p. 577-587, 2020.

SOUSA, J. L. D; HENRIQUES, A; SILVA, Z. P. D; SEVERO, M; SILVA, S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*.v. 35, n. 6, 2019.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016.

SOUTO, R. A; DA SILVA, E. K. P; PEREIRA, L. L; NERY, J; SOUZAS, R. Itinerários terapêuticos para cuidados em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural da Bahia, Brasil.. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2023/Jun).

SOUZA, M. C. A; CASOTTI, E; BELLO, R. F; MARQUES, A. S; NÓRA, M. B. Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 14, n. 2, 2012.

SOUZA, M. L. A. (In)visíveis? crianças quilombolas e a necropolítica da infância no Brasil. *Zero-a-Seis, Florianópolis*, v. 22, n. Especial, p. 1281-1304, dez./dez., 2020.

SOUZA, K.R.; KERBAUY, M.T.M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Educação e Filosofia, Uberlândia*, v. 31, n. 61, p. 21-44, jan./abr. 2017.

SOUZA, M. C. A; FLÓRIO, F.M. Evaluation of the history of caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil. *Braz J Oral Sci*.13(3):175–81. doi: 10.1590/1677-3225v13n3a03, 2014.

TEPERMAN, Daniela. Parentalidade para todos, não sem a família de cada um. In: TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (org.). *Parentalidade. Coleção Parentalidade & Psicanálise*. Volume 1. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica: 2020.

TROVÃO, C. J. B. M. A pandemia da covid-19 e a desigualdade de renda no Brasil: um olhar macrorregional para a proteção social e os auxílios emergenciais. **Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, 2020.

URQUIZA, A. H. A; SANTOS, L. Regularização fundiária de comunidades quilombolas em Mato Grosso do Sul/Brasil; in: *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, ago/2017, volume 7, no2 p. 232-247.

VELASCO, S. R. M. Alfabetismo em saúde bucal e comportamento de pais/cuidadores durante as refeições dos seus filhos: impactos na prevalência de cárie e qualidade de vida de pré-escolares em Diadema, São Paulo. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, 2021.

VICTOR, D. R. Identidade territorial e migração dos jovens da comunidade quilombola de Barro Preto em Santa Maria de Itabira-MG. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 18, n. 28, p. 7-23, 2022.

VINAGA, L; DE QUEIROZ, T. M; DA SILVA FERREIRA, F; DE SOUZA, J. F. Caracterização físico-química da água utilizada pela população do Assentamento Quilombola Vão Grande-MT. **Acta Iguazu**, v. 4, n. 2, p. 30-44, 2015.

WATT, R. G; MATHUR, M. R; AIDA, J; BÖNECKER, M; VENTURELLI, R; GANSKY, S. A. Oral health disparities in children: a canary in the coalmine?. **Pediatric Clinics**, v. 65, n. 5, p. 965-979, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization* [documento na Internet]. New York: WHO; 1946.

ZORZI, L; TURATTI, L; MAZZARINO, J. M. O direito humano de acesso à água potável: uma análise continental baseada nos Fóruns Mundiais da Água. *Rev. Ambient. Água* vol. 11 n. 4 Taubaté – Oct. / Dec. 2016.

**APÊNDICE 1 ( TCLE para responsáveis)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Para responsável por menor de idade)

O Sr.(a) e seu filho(a) estão sendo convidados(as) para participar da pesquisa **“Saúde bucal como indicador de desigualdades socio espaciais em comunidades quilombolas do Norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil”** Esta pesquisa será realizada pelo pesquisador **João Nivaldo Pereira Gois**, mestrando da Universidade Federal do Norte do Tocantins do Campus de Araguaína. Nesta pesquisa, pretendemos investigar saúde bucal de crianças de 5 e 12 anos de duas comunidades quilombolas no norte do Tocantins. O motivo que nos leva a estudar o tema é analisar a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças de duas comunidades quilombolas, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: questionários validados, e exame clínico e avaliação sistêmica das escovas de dentes, a sua participação como responsável ocorrerá por meio da aplicação de questionários, seu filho responderá algumas perguntas, e serão examinados os seus dentes. O exame é feito com todo cuidado, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples e de pouco risco. Mas ele/ela pode se sentir desconfortável ou sentir algum incômodo. Ao ser examinado ou no momento que estiver respondendo às perguntas, se estes incômodos acontecerem, ele/ela pode falar com seu examinador, que saberá dar uma solução. Os dados obtidos interessam somente a ele/ela e a este estudo. Os riscos da participação do indivíduo na pesquisa têm a ver com o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais durante a coleta das respostas dos questionários e avaliação clínica. O risco é minimizado pelo uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual), neste caso minimizando risco de contaminação cruzada nas avaliações clínicas, pois será utilizado EPI de qualidade e materiais individuais para cada participante da pesquisa, seguindo todas as normas de biossegurança. As medidas utilizadas para minimizar os riscos de danos psíquicos, moral e social será, assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual e também garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Caso o participante necessite de assistência, o que inclui odontológica, os pesquisadores prestarão assistência integral e se responsabilizarão pelos recursos financeiros da assistência. A pesquisa contribuirá para que possam ser criadas políticas públicas mais específicas para essas comunidades

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização.

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome e qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo somente será liberado com a sua permissão. O(A) Sr.(a), caso queira, terá sua identidade publicada, ou caso prefira, todo e qualquer dado que o identifique será retirado do resultado do trabalho ou utilizado nomes fictícios.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) se concerne em um grupo de sujeitos que trabalham para garantir os direitos dos participantes da pesquisa tendo como fator central o respeito em prol dos entrevistados. O comitê de ética tem como objetivo analisar e avaliar se a pesquisa segue os padrões normativos corretos e de forma ética. Se em algum momento você se sentir prejudicado, e não estiver de acordo com a pesquisa realizada, poderá entrar em contato com o CEP (contato **consta no final do documento**).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na **cidade de Araguaína - TO**, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco anos) e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

concordo em divulgar meu nome e minha história nas publicações desta pesquisa.  não concordo em divulgar minha identidade e quero que a mesma seja preservada na divulgação dos dados.

concordo em usar um nome fictício e minha história nas publicações desta pesquisa.

Concordo que a minha entrevista será utilizada somente para esta pesquisa.

**Concordo que a minha entrevista possa ser utilizada em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.**

Página 2 de 3

*Rubrica do pesquisador:* \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

---

### ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Sabrina Guimarães Paiva/João Nivaldo Pereira Gois

Telefone Celular: (63)99220-0117/ (63)99252-3097

E-mail: [sabrinapaiva@iftto.edu.br](mailto:sabrinapaiva@iftto.edu.br)

[joaonivaldo.orto@gmail.com](mailto:joaonivaldo.orto@gmail.com)

Horário de atendimento: segunda, quarta, sexta, sábado das 08:00 às 12:00 horas.

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

**Universidade Federal do Tocantins** pelo telefone (63) 3229 4023, pelo email: cep\_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 as 17 horas e quarta e quinta das 9 as 12 horas

OBS: Este documento é composto por três páginas.

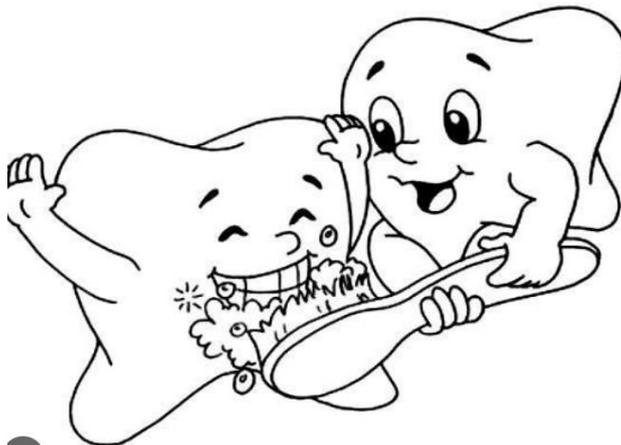
## APÊNDICE 2 (Termo de Assentimento, 5 Anos)

### Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (5 anos)



Você quer participar de um estudo chamado “Saúde bucal como indicador de desigualdades socioespaciais em comunidades Quilombolas do norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil”?

Neste estudo nós iremos avaliar como estão os seus dentinhos, e dos seus coleguinhas das comunidades quilombolas dona Juscelina e Cocalinho e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais.



Depois que obtiver os resultados iremos calcular a prevalência da cárie dentária, as consequências clínicas da cárie dentária não tratada e as condições das escovas dentais nas crianças de 5 e 12 anos; Avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, o acesso e a utilização de serviços odontológicos, a morbidade bucal referida, a autopercepção e o impacto em saúde bucal para as crianças de 5 e 12 anos.

Você só participa se quiser e pode desistir a qualquer momento sem nenhum problema para você.

Página 1 de 3

Caso você concorde, vamos fazer algumas perguntinhas para você e serão examinados os seus dentinhos. O exame vai ser feito com todo cuidado, segurança e higiene, conforme

normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples e de pouco risco (não precisa ter medo), mas se caso se sentir desconfortável ou sentir algum incômodo ao ser examinado ou no momento que estiver respondendo às perguntas, pode falar com seu examinador, que ele saberá dar uma solução. Os dados obtidos interessam somente a este estudo. Não precisa se preocupar seu nome não aparecerá em nenhum relatório e não será identificado em nenhum momento

Se acontecer alguma coisa com você procure alguém alguém de nossa equipe.

Sua participação é muito importante para ajudar outras crianças que moram na sua comunidade, pois poderemos compreender melhor como está a saúde bucal das crianças quilombolas e a relação da saúde bucal com as desigualdades sociais e espaciais. Além disso, espera-se maior conhecimento e planejamento de nova políticas públicas para essas comunidades quilombolas.

Ninguém pode forçar você a participar deste estudo e você pode perguntar o que quiser aos pesquisadores a qualquer momento. Ninguém vai lhe pagar nada para participar do estudo, mas se você morar longe nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para o transporte.

Se você lembrar de perguntar alguma coisa sobre esta pesquisa depois de ter concordado em participar, você ou seus pais/responsáveis podem ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFT, no telefone (63) 3229-4023 ou por e-mail (cep\_uft@uft.edu.br) ou poderá perguntar diretamente aos pesquisadores responsáveis: João Nivaldo Pereira Gois, telefone (63) 99252-30974, em horário comercial ou Dr. Sabrina Guimarães Paiva, telefone: (63) 99220-0117, em horário comercial, para recursos ou reclamações em relação ao presente estudo.

---

## **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Saúde bucal como indicador de desigualdades socioespaciais em comunidades Quilombolas do norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil”, que tem o/s objetivo(s) de Analisar a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças de duas comunidades quilombolas, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Página 2 de 3

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar bravo comigo. Compreendi que ninguém vai me dar nada para eu participar. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa. Também posso ligar para os responsáveis quando quiser para tirar qualquer dúvida que me lembrar.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura



( )



( )

## APÊNDICE 3 (Termo de Assentimento 12 Anos)

### Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (12 anos)



Você quer participar de um estudo chamado “Saúde bucal como indicador de desigualdades socioespaciais em comunidades Quilombolas do norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil”?

Neste estudo nós iremos avaliar como estão os seus dentes, e dos seus colegas das comunidades quilombolas dona Juscelina e Cocalinho e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais.

Depois que obtiver os resultados iremos calcular a prevalência da cárie dentária, as consequências clínicas da cárie dentária não tratada e as condições das escovas dentais nas crianças de 5 e 12 anos; Avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, o acesso e a utilização de serviços odontológicos, a morbidade bucal referida, a autopercepção e o impacto em saúde bucal para as crianças de 5 e 12 anos.

Você só participa se quiser e pode desistir a qualquer momento sem nenhum problema para você.

Vamos.

Caso você concorde, vamos fazer algumas perguntas para você e serão examinados os seus dentes. O exame vai ser feito com todo cuidado, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples e de pouco risco (não precisa ter medo), mas se caso se sentir desconfortável ou sentir algum incômodo ao ser examinado ou no momento que estiver respondendo às perguntas, pode falar com seu examinador, que ele saberá dar uma solução. Os dados obtidos interessam somente a este estudo. Não precisa se preocupar seu nome não aparecerá em nenhum relatório e não será identificado em nenhum momento

Se acontecer alguma coisa com você procure alguém de nossa equipe.

Sua participação é muito importante para ajudar outras crianças que moram na sua comunidade, pois poderemos compreender melhor como está a saúde bucal das crianças quilombolas e a relação da saúde bucal com as desigualdades sociais e espaciais. Além disso, espera-se maior conhecimento e planejamento de nova políticas públicas para essas comunidades quilombolas.

Ninguém pode forçar você a participar deste estudo e você pode perguntar o que quiser aos pesquisadores a qualquer momento. Ninguém vai lhe pagar nada para participar do estudo, mas se você morar longe nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para o transporte.

Se você lembrar de perguntar alguma coisa sobre esta pesquisa depois de ter concordado em participar, você ou seus pais/responsáveis podem ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFT, no telefone (63) 3229-4023 ou por

e-mail (cep\_uft@uft.edu.br) ou poderá perguntar diretamente aos pesquisadores responsáveis: João Nivaldo Pereira Gois, telefone (63) 99252-30974, em horário comercial ou Dr. Sabrina Guimarães Paiva, telefone: (63) 99220-0117, em horário comercial, para recursos ou reclamações em relação ao presente estudo.

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Saúde bucal como indicador de desigualdades socioespaciais em comunidades Quilombolas do norte do Tocantins: um estudo baseado na população infantil”, que tem o/s objetivo(s) de Analisar a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças de duas comunidades quilombolas, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar bravo comigo. Compreendi que ninguém vai me dar nada para eu participar. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa. Também posso ligar para os responsáveis quando quiser para tirar qualquer dúvida que me lembrar.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura



( )



( )

## APÊNDICE 4 (Convite para Participar da pesquisa Cocalinho)



# Venha participar da nossa pesquisa



### Critérios para participação:

- Ser morador da comunidade;
- Crianças de 5 e de 12 anos, ou que esteja completando essa idade nos próximos meses (somente essas duas faixas etárias);
- Estar na presença dos pais ou responsáveis;
- Levar a escova de dente da criança (atual);
- Levar documento de identificação do responsável e da criança.

### Benefícios

- Avaliação da saúde bucal;
- Entrega de kits de higiene bucal (escova e creme dental);
- Aplicação de flúor;
- Avaliação antropométrica (peso e altura);
- Exame de parasitose;
- Atividades lúdicas e educativas para as crianças.



**Centro cultural quilombola Cocalinho**



**Dia 01 de Abril de 2023**  
Das 9:00 às 12:00 e das 13:00  
às 15:00 horas.

## APÊNDICE 5 (Convite para participar da pesquisa Dona Juscelina)



# Venha participar da nossa pesquisa



### Critérios para participação:

- Ser morador da comunidade;
- Crianças de 5 e de 12 anos, ou que esteja completando essa idade nos próximos meses (somente essas duas faixas etárias);
- Estar na presença dos pais ou responsáveis;
- Levar documento de identificação do responsável e da criança.

- **Levar a escova de dente da criança (atual);**

### Benefícios

- Avaliação da saúde bucal;
- Entrega de kits de higiene bucal (escova e creme dental);
- Aplicação de flúor;
- Avaliação antropométrica (peso e altura);
- Exame de parasitose;
- Atividades lúdicas e educativas para as crianças.



**Comunidade quilombola Dona Juscelina**



**Dia 17 de Junho de 2023**  
Das 9:00 às 12:00 e das 13:00  
às 16:00 horas.

## ANEXO 1( Parecer consubstanciado do CEP)

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE BUCAL COMO INDICADOR DE DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO NORTE DO TOCANTINS: UM ESTUDO BASEADO NA POPULAÇÃO INFANTIL

**Pesquisador:** Sabrina Guimarães Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65012522.9.0000.5519

**Instituição Proponente:** INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.915.667

#### Apresentação do Projeto:

A compreensão do processo saúde-doença é um desafio, principalmente pelas desigualdades sociais sedimentadas em nossa sociedade. Considerando as desigualdades étnico-sociais, esse cenário se torna ainda mais complexo. O Brasil apresenta a maior população autodeclarada negra (preta e parda) fora do continente africano. Aproximadamente mais de 50% da população se declara negra ou parda. O presente projeto de pesquisa, tem como premissa, analisar a saúde bucal como um indicador de desigualdades sócio espacial nas comunidades quilombolas no norte do Tocantins. A pesquisa ocorrerá na comunidade Dona Juscelina no município Muricilândia e Cocalinho no município Santa Fé do Araguaia, participarão da pesquisa crianças de 5 e 12 anos e os pais ou responsáveis. O estudo consistirá em uma pesquisa de campo dividida em duas etapas: uma etapa descritiva observacional e uma etapa observacional analítica, utilizando métodos mistos

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar a distribuição de fatores associados à condição de saúde bucal de crianças de duas comunidades quilombolas, de modo a problematizar e discutir como as desigualdades sociais e espaciais afetam ou não o risco de desenvolvimento de problemas bucais.

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3229-4023 **E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



Continuação do Parecer: 5.915.667

**Objetivo Secundário:**

Estimar a prevalência da cárie dentária em coroa através do índice CPOD/ceod, as consequências clínicas da cárie dentária não tratada e as condições das escovas dentais para a população de 5 e 12 anos; Avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, o acesso e a utilização de serviços odontológicos, a morbidade bucal referida, a autopercepção e o impacto em saúde bucal para a população de 5 e 12 anos; Relacionar os resultados das variáveis do estudo com os resultados do SB Brasil; Discutir as inferências de políticas públicas na saúde bucal das crianças das duas comunidades quilombolas do estudo; Analisar as características dos espaços e equipamentos urbanos das duas comunidades quilombolas no norte do Tocantins

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação do indivíduo na pesquisa não gera nenhum desconforto ou riscos físicos. Contudo, os desconfortos da participação podem ser causados pelas perguntas existentes nos questionários, e que podem despertar algum tipo de sentimento e/ou emoção por fazer referência às dificuldades familiares ou constrangimento durante a análise odontológica. Os riscos da participação do indivíduo na pesquisa têm a ver com o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais durante a coleta das respostas dos questionários e avaliação clínica. O risco é minimizado pelo uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual), neste caso minimizando risco de contaminação cruzada nas avaliações clínicas, pois será utilizado EPI de qualidade e materiais individuais para cada participante da pesquisa, seguindo todas as normas de biossegurança.

**Benefícios:**

Os possíveis benefícios da pesquisa contribuirão com novos trabalhos de divulgação científica voltado pra a questão do estudo em saúde bucal nas comunidades quilombolas. Assim, os resultados poderão ser utilizados para a busca de propostas com o intuito de suscitar melhorias no desenvolvimento de políticas públicas para esse público. Assistência à saúde nesse primeiro momento, educação em saúde. No momento de coleta de informações, alguns cuidados serão tomados: a) respeito à liberdade da pessoa em responder, em seu tempo, os instrumentos de coleta de informação, b) suspensão temporária da abordagem de coleta de informação, caso o indivíduo tenha algum sentimento e/ou emoção fortes no ato de responder aos instrumentos de coleta, c) retomada autorizada do indivíduo e por seu responsável da coleta de informações. Caso

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.

**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090

**UF:** TO **Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3229-4023 **E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.915.667

haja algum desconforto e/ou riscos permanentes, algumas providências serão tomadas: a) suspensão da coleta, buscando solucionar o desconforto e/ou o risco; b) destruição, na sua frente do indivíduo e de seu responsável, dos instrumentos de coleta de informação, caso assim seja demandada por eles a recusa em participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. As crianças que estiverem com qualquer problema bucal serão encaminhadas para serviço público odontológico dos municípios. A pesquisa será encerrada ou suspensa, caso a comunidade não demonstre interesse em participar e em contribuir com o fornecimento de informações para a pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Por meio dos resultados alcançados, poderemos compreender melhor como está a saúde bucal das crianças quilombolas e a relação da saúde bucal com as desigualdades sociais e espaciais. Além disso, espera-se maior conhecimento sobre os fatores sociais que podem auxiliar na assistência e no planejamento de nova políticas públicas para essas comunidades quilombolas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa foram analisados os seguintes documentos:

Folha de Rosto;

Termo de Concordância Dona Juscelina;

Termo de Concordância Cocalinho;

Questionários Ficha Clínica;

Declaração Pesquisador Docente;

Projeto Detalhado Brochura Investigador;

Declaração de Pesquisadores;

Termo de Assentimento;

TCLE

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

1. Projeto Detalhado Brochura Investigador

Risco

- Neste item não foi informado quais quais serão as medidas para minimizar os riscos de danos psíquicos, moral e social, constam apenas as medidas para a redução dos danos físico. Realizar a correção no projeto

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.  
 Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
 UF: TO Município: PALMAS  
 Telefone: (63)3229-4023 E-mail: cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.915.667

completo e no projeto

**RESOSTA:**

Os riscos da participação do indivíduo na pesquisa têm a ver com o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais durante a coleta das respostas dos questionários e avaliação clínica. O risco é minimizado pelo uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual), neste caso minimizando risco de contaminação cruzada nas avaliações clínicas, pois será utilizado EPI de qualidade e materiais individuais para cada participante da pesquisa, seguindo todas as normas de biossegurança. As medidas utilizadas para minimizar os riscos de danos psíquicos, moral e social será, assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual e também garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa.

**ANÁLISE:** Pendência atendida

- Incluir o TCLE no projeto detalhado;
- Incluir o termo de assentimento no projeto detalhado;
- Incluir o questionário no projeto detalhado

**ANÁLISE:** Pendência atendida

**2. TCLE**

- Incluir número de páginas conforme consenso da Conep
- Informar brevemente justificativa da pesquisa como preconizado pela Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a;
- Informar brevemente o objetivo da pesquisa como preconizado pela Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a;
- Informar brevemente quais procedimentos serão realizados em linguagem acessível para o participante, como preconizado pela Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.b;

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3229-4023 **E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.915.667

- Informar a descrição em linguagem clara e acessível, dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, sem subestimá-los, bem como as providências e as cautelas que serão adotadas para minimizá-los, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.b;
  - Informar em linguagem clara e acessível, o direito a indenização a explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.g;
  - Informar acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h;
  - Informar o contato do CEP, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d.
- O TCLE foi feito seguindo as ordens da Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a

REPOSTA: O TCLE foi feito seguindo as ordens da Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a

ANÁLISE: Pendências Atendidas

### 3. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido do Menor

- Solicita-se a elaboração de documentos distintos em linguagem acessível para os participantes da pesquisa em suas diferentes faixas etárias, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, item II.2

RESPOSTA: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido do Menor, foi elaborado em documentos distintos para cada faixa etária, com linguagem acessível.

ANÁLISE: Pendências Atendidas

### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2036582.pdf	20/01/2023 17:54:24		Aceito

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3229-4023 **E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



Continuação do Parecer: 5.915.667

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento_12_anos.pdf	20/01/2023 17:51:12	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto_ao_CEP.pdf	20/01/2023 17:48:36	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA.pdf	20/01/2023 17:47:15	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento_5_anos.pdf	20/01/2023 17:42:54	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Atualizado.pdf	20/01/2023 17:41:42	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	25/10/2022 15:16:36	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Outros	TERMO_CONCORDANCIA_DONA_JUSCELINA.pdf	25/10/2022 15:16:15	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_CONCORDANCIA_COCALINHO.pdf	25/10/2022 15:15:10	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Outros	QUESTIONARIOS_FICHA_CLINICAS.pdf	24/10/2022 16:30:40	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADOR_DOCENTE.pdf	24/10/2022 16:24:03	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_PESQUISADORES.pdf	23/10/2022 16:22:11	JOAO NIVALDO PEREIRA GOIS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 28 de Fevereiro de 2023

Assinado por:  
**PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
(Coordenador(a))

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.  
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3229-4023 E-mail: cep\_uft@uft.edu.br

## ANEXO 2 (Ficha de exame clínico/ Questionário)

## Identificação

Data: \_\_\_\_\_

Nome criança: \_\_\_\_\_ Idade:

\_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Mãe: \_\_\_\_\_

Idade atual: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

## FICHA DE EXAME CLÍNICO

## 1. CPO-D/ceo-d

Formulário (parcial) de exame em saúde bucal da OMS (adaptado)

- - - 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 - - -  
 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28


48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38  
 - - - 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 - - -

C	1p	O	CPO	HIG	c	e	o	ceo	tp

Dentes Permanentes	Elemento de ponte ou coroa especial ra	Dentes Decíduos

Dentes Permanentes	Estado dos dentes	Dentes Decíduos
0	Sadio	A
1	Cariado	B
2	Restaurado, com cárie	C
3	Restaurado, sem cárie	D
4	Extraído, como resultado de cárie	E
5	Extraído, por qualquer outra razão	-
6	Selante	F
7	Elemento de ponte ou coroa especial	G
8	Dente não erupcionado	-
9	Não informado / Dente excluído	-

Fonte: WHO, 1997

(adaptado)

Higiene bucal: ( ) satisfatória

( ) insatisfatória

## QUESTIONÁRIOS

## Caracterização Socioeconômica Da Família

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

(Esta contagem exclui os empregados, domésticos, visitantes, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família, e os inquilinos que residem naquele domicílio. 99 não sabem/não respondeu).



2. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? (99 não sabem/não respondeu)



3. Quantos bens tem na sua casa?

(Considerar como bens: televisão, aparelho de som, geladeira, micro-ondas, telefone fixo convencional, telefone celular, máquina de lavar roupa, microcomputador) (Considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook) e número de carro. 99 não sabem/não respondeu.



4. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? (Registrar valor total em reais. 99 não sabe/não respondeu.)






5. Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Prestação continuada-BPC-LOAS? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

6. Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Bolsa Família? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

7. Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de outros programas sociais do governo? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

8. A água utilizada neste domicílio chega: (1 Canalizada em, pelo menos, um cômodo; 2 canalizada só no terreno ou propriedade; 3 Não canalizada; 9 Não sabe/não respondeu).

## Escolaridade do Participante

Todas as idades índices e grupos etários

9. Quem responde a entrevista? (1 Mãe da criança de 5 ou 12 anos; 2 Pai da criança de 5 ou 12 anos; 3 Outro familiar responsável pela criança de 5 ou 12 anos).

10. Sabe ler ou escrever? Pais ou responsáveis por criança de 5 e 12 anos: A criança sabe ler e escrever? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

11. Pais ou responsáveis por crianças de 5 anos: A criança frequenta a pré-escola, escola infantil ou creche?

(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu). (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

12. Qual foi a série ou ano escolar mais elevado que o (a) sr. (a) frequentou na escola com aprovação? Pais ou responsáveis por crianças de 12 anos: Qual foi a série ou ano escolar mais elevado que a criança frequentou na escola com aprovação?

(0 Não estudei na escola (zero anos de estudo); 1 fiz (fez) curso de alfabetização de adultos; 2 Ensino fundamental (1º ou primário) incompleto ou; 3 Ensino Fundamental (1º grau ou primário) completo; 4 Ensino Médio (2º grau ou colegial) incompleto; 5 Ensino Médio (2º grau colegial) completo; 6 Ensino superior incompleto; 7 Ensino superior completo).

13. Quantos anos o (a) sr. (a) estudou?

(Considerando a série ou ano escolar concluído com aprovação. Não contar pré-escola, escola infantil ou creche).

#### Escolaridade materna (5 e 12anos)

14. Qual foi a série ou ano escolar mais elevado que a mãe da criança frequentou na escola com aprovação?

(0 Não estudei na escola (zero anos de estudo); 1 fiz (fez) curso de alfabetização de adultos; 2 Ensino fundamental (1º ou primário) incompleto ou; 3 Ensino Fundamental (1º grau ou primário) completo; 4 Ensino Médio (2º grau ou colegial) incompleto; 5 Ensino Médio (2º grau colegial) completo; 6 Ensino superior incompleto; 7 Ensino superior completo).

15. Quantos anos a mãe da criança estudou?

(Considerar a série ou o ano escolar concluído com aprovação. Não contar pré-escola, escola infantil ou creche)

#### Morbidade bucal referida e acesso/uso de serviços de saúde bucal

16. Para os pais ou responsáveis por crianças de 5 e 12 anos: Nos últimos 6 meses, a criança teve dor de dente?

(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu). (0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu).

17. Aponte na linha abaixo o quanto foi esta dor

(1 Muito pouca dor – 10 dor muito forte; 88 Não se aplica, sem dor)



18. No ultimo ano, o (a) sr.(a) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para que a criança fosse atendida?

(0 Não procurei; 1 procurei e não fui atendido; 2 procurei e fui agendado para outro dia/outro local; 3 procurei e fui atendido; 9 não sabe/não respondeu)

19. Para crianças de 5 e 12 anos. Quando a criança consultou o dentista pela última vez?

(1 até um ano; 2 serviço particular; 3 plano de saúde ou convenio; 4 outros; 5 nunca foi ao dentista; 9 não sabe/não respondeu)

20. Para crianças de 5 e 12 anos: Onde foi a última consulta da criança a um dentista?

(1 Serviço público; 2 serviço particular; 3 plano de saúde ou convenio; 4 outros; 5 nunca foi ao dentista; 9 não sabe/não respondeu)

21. Para crianças de 5 e 12 anos: A criança tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?   
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)

22. Para crianças de 5 e 12 anos: Qual o motivo da última consulta da criança a um dentista?   
(1 Revisão, prevenção ou check-up; 2 dor; 3 extração; 4 tratamento; 5 outros; 8 nunca fui ao dentista; 9 não sabe/não respondeu)

23. Para crianças de 5 e 12 anos: O que o (a) sr.(a) achou do tratamento da criança na última consulta ao dentista?   
(1 Muito bom; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 8 Nunca foi ao dentista; 9 não sabe/não respondeu)

#### Autopercepção em saúde bucal

24. Para crianças de 5 e 12 anos: Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a saúde bucal (dentes e gengivas) da criança?   
(1 Muito boa; 2 Boa; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 9 não sabe/não respondeu)

25. Para crianças de 5 anos: O sr.(a) acha que a criança necessita de tratamento dentário atualmente?   
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)

26. Para crianças de 5 anos: Qual o motivo principal pelo qual o (a) sr.(a) (voce) considera que a criança necessita de tratamento dentário atualmente?   
(0 Não necessito de tratamento dentário; 1 revisão/prevenção/rotina/limpeza; 2 sangramento na gengiva; 3 dor de dente; 4 dor na gengiva; 5 colocar aparelho ortodôntico; 6 fazer canal; 7 necessidade de fazer restaurações (obturações); 8 mau hálito; 9 extrair dente (arrancar); 9 clarear os dentes; 10 outros (especifique); 11 não sabe/não respondeu)

#### Impacto da saúde bucal nas atividades diárias

Crianças de 5 anos



Não



Um pouco



Muito

Escala de faces para crianças de 5 anos

27. Alguma vez foi difícil par você comer por causa dos seus dentes/"dentinhas"?   
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)

28. Alguma vez foi difícil par você beber por causa dos seus dentes/"dentinhas"?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
29. Alguma vez foi difícil par você falar por causa dos seus dentes/"dentinhas"?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
30. Alguma vez foi difícil par você dormir por causa dos seus dentes/"dentinhas"?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
31. Alguma vez você deixou de sorrir porque não gostou dos seus dentes  
("dentinhas") porque achou seus dentes ("dentinhas") feios?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
32. Alguma vez foi difícil par você brincar por causa dos seus dentes/"dentinhas"?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
33. Alguma vez você deixou de sorrir porque seus dentes ("dentinhas") estavam  
doendo?  
Escala de faces (0 Não; 1 um pouco; 2 Muito)
- Responsável por crianças de 5 anos**
34. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) teve dificuldades para comer por  
causa dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
35. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) teve dificuldades para falar por  
causa dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
36. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) teve dificuldades para brincar por  
causa dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
37. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) teve dificuldades para dormir por  
causa dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
38. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) deixou de sorrir por causa da  
aparência/estética dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
39. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(filha) deixou de sorrir por causa de  
buracos nos dentes, cárie ou dor de dente nele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
40. Alguma vez na vida a autoconfiança/autoestima do(a) seu(sua) filho(filha) foi  
afetada por causa dos dentes dele(a)?  
(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Mais ou menos; 3 Bastante; 4 Muita; 9 Não sei/não respondeu)
- Para crianças de 12 anos**
41. Teve dificuldade para comer a comida por causa dos dentes?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
42. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)

43. Os seus dentes o incomodaram ao escovar?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
44. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
45. Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(o)?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
46. Deixou de sair, se divertir, ir as festas, passeios por causa de seus dentes?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
47. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
48. Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)
49. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?  
(0 Não; 1 Sim; 9 Não sabe/não respondeu)

#### CONDIÇÃO DAS ESCOVAS DENTAIS DAS CRIANÇAS:

- 0- NÃO HÁ CERTEZA SE A ESCOVA FOI USADA OU NÃO;
- 1- AS CERDAS ESTÃO DIVERGENTES DENTRO DE VARIOS TUFOS, MAIS É CONSIDERADA UMA ESCOVA FOI USADA OU NÃO;
- 2- A MAIORIA DOS TUFOS ESTÃO DIVERGENTES, TUFOS COBRINDO OUTROS TUFOS;
- 3- A MAIORIA DOS TUFOS ESTÃO ENCOBERTOS, MUITAS CERDAS ESTÃO DIVERGENTES, É COSIDERADA UMA ESCOVA IMPROPRIA PRA USO.