UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DEISE BERGER VELTEN RAMOS

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA
2023

DEISE BERGER VELTEN RAMOS

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final à obtenção do título de Doutorado em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Epidemiologia de doenças crônicas não transmissíveis

Orientadora: Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

VITÓRIA

2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Berger Velten, Deise, 1982-
B496a AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO / Deise Berger Velten. - 2023.
149 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde Bucal. 3. Povo indígena. I. Monteiro de Barros Miotto, Maria Helena. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

DEISE BERGER VELTEN

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva na área de concentração Epidemiologia

Aprovada em 28 de julho de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

_____

Prof. Dr. José Geraldo Mill
Examinador Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

_____

Profª. Drª Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Examinador Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

_____

Profª. Drª. Ludmilla Awad Barcellos
Examinador Externo
Universidade Vila Velha

_____

Profª. Drª. Marcela Vieira Calmon
Examinador Externo

Faculdade Pitágoras

_____

Profª. Drª Rita de Cássia Duarte Lima
Suplente Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

_____

Profª. Drª. Licia Aguilar Freitas
Suplente Externo
Universidade Vila Velha

À minha amada filha Denise que me ajuda muito com seu amor, carinho e ternura a ter mais forças em momentos muito importantes. Filha você é a vida e o coração da mamãe, meu amor por você é infinito.

Ao meu amado pai, e a minha amada mãe (saudades eternas) que sempre me ensinaram e me deram forças para vencer com esforço e sabedoria aos desafios que aparecessem em meu caminho. Também sempre me deram apoio incondicional, em todos os momentos decisivos e marcantes da vida.

Ao meu irmão Samuel também muito amado, grande companheiro em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, meu Amado Pai celestial. Em alguns momentos parecia que minhas forças iriam se esgotar, mas nesse momento eu sentia seu amor renovando minhas energias e me fazendo sentir que tudo daria certo. Nos momentos importantes e difíceis, sempre senti seu amor incondicional me ajudando a levantar, a lutar e a vencer os desafios mais difíceis!

Um agradecimento mais que especial a minha querida orientadora e amiga, Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, uma pessoa muito especial, admirável e também uma grande mestra que forneceu apoio incondicional em todos os momentos que precisei. Uma pessoa que utiliza seu tempo e seus conhecimentos para fazer boas ações e ajudar as pessoas que necessitam de apoio. Com certeza aprendi muito com ela e esse conhecimento também me ajudou a evoluir como pessoa. Sua compreensão dos meus desafios em todos os momentos foi indispensável para que eu conseguisse vencer. Muito obrigada pela paciência e dedicação de sempre!

A minha amada filha Denise, iluminada e com um coração enorme e cheio de amor e ternura. Obrigada pela paciência nos momentos em que mamãe estava atarefada. Com certeza não tenho palavras suficientes para descrever meu amor por você que vai muito além da terra! Filha, com certeza essa Vitória da mamãe também foi graças a seu amor, que forneceu apoio para mamãe continuar nessa desafiadora caminhada e conseguir chegar ao final obtendo essa grande conquista!

A meus pais Valdemar e Edita (saudades eternas). Eu não seria nada sem vocês, sempre me incentivaram a adquirir mais conhecimentos e a lutar por melhorias. Sempre me deram amor e apoio, portanto minhas grandes conquistas também são de vocês, pois não teria conseguido vencer todas as dificuldades passadas sem sua paciência, amor e apoio incondicional. São pessoas admiráveis que me ajudaram a vencer todos os desafios com esforço e muita dedicação. Papai, obrigada por estar sempre presente, me ajudando a cuidar da Denise e me ajudando de todas as formas possíveis para que eu pudesse conquistar essa Vitória maravilhosa. O meu muito obrigada por tudo.

Ao meu irmão Samuel por estar tão presente e me ajudar tanto em todos os momentos importantes e também com minha filha. Muito obrigada Maninho pelo amor e por toda a ajuda!

As minhas tias Helga e Emilia por terem tanta dedicação e amor nos cuidados com minha filha nos momentos em que não pude estar com ela. Sem vocês com certeza meu desafio teria sido muito maior. Obrigada pela presença e pelo companheirismo de sempre.

Ao professor José Geraldo Mill pela oportunidade e também por toda a dedicação e ajuda no desenvolvimento dessa pesquisa tão importante. Obrigada pelo apoio incondicional!

Aos professores Enildo Broetto Pimentel, Angélica Espinosa, Maria del Carmen Bisi Molina e Alexandre Costa Pereira que também participaram desse projeto contribuindo dessa forma para o seu desenvolvimento.

Um agradecimento especial a FAPES e ao CNPQ que forneceram apoio financeiro para realização dessa pesquisa, tornando possível obter resultados que com certeza serão inidispensáveis para o planejamento em saúde dessas comunidades indígenas.

Agradeço a minha colega participante do projeto Hully que sempre esteve presente auxiliando em todos os momentos necessários durante a pesquisa.

A todos os outros colegas participantes da pesquisa, pois juntos formamos uma equipe dedicada que conseguiu chegar ao final dessa caminhada mesmo enfrentando algumas dificuldades, que foram vencidas com união e muita dedicação à pesquisa.

A todos os indígenas que tiraram um tempo de suas vidas para comparecer para realização dos exames necessários para o desenvolvimento do projeto.

Aos meus colegas de doutorado, pois durante o curso vivemos momentos que sempre serão lembrados!

Agradeço de uma forma muito especial a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para essa grande Conquista da minha vida.

Resumo

Introdução: É indispensável o conhecimento das condições bucais de populações específicas, para que seja feito um planejamento adequado de políticas que contemple as reais necessidades dessas pessoas, e estudos com populações indígenas são esporádicos, restringindo-se quase sempre a trabalhos com amostras pequenas. O quadro epidemiológico de saúde bucal dos povos indígenas do Brasil é pouco conhecido devido à escassez de investigações científicas, inquéritos e censos abrangentes. **Objetivo:** Avaliar o impacto provocado por problemas bucais na qualidade de vida, a dor orofacial, a perda dentária e a associação com características sociodemográficas, necessidade de prótese, utilização de serviços odontológicos nas populações indígenas e não indígenas que moram em aldeias Guarani e Tupiniquin situadas no Município de Aracruz, Espírito Santo. **Metodologia:** Esse estudo foi do tipo observacional transversal, no qual 1084 indígenas tiveram suas condições bucais avaliadas de forma subjetiva pelo formulário OHIP-14, por questionários sobre dor dentária e perda dentária e também foi feito exame clínico visual para avaliar a condição de perda dentária. Foram incluídos indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos, e que eram moradores das aldeias Tupiniquin e Guarani. Os testes Qui-quadrado e/ou exato de Fisher foram utilizados para o cálculo das possíveis associações entre o OHIP, dor dentária, perda dentária, condições sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese removível. **Resultados:** A prevalência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida na população indígena foi de 45,7%, sendo que, indivíduos com idade até 50 anos (OR=1,9), com necessidade declarada de prótese parcial removível (OR=2,5) e sem necessidade de prótese total removível (OR=2,3) relataram maior percepção de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. A perda dentária apresentou associação com idade superior a 51 anos (OR=6,3), menor escolaridade até (10 anos de estudo) (OR=2,1), mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (OR=2,3). A dor dentária foi mais frequente em mulheres, na faixa etária até 50 anos, que procuraram o serviço odontológico por motivo de urgência e naqueles que não necessitavam de Prótese Parcial Removível (PPR). **Conclusões:** A prevalência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dos indígenas foi mais elevada do que a normalmente encontrada em populações não indígenas, assim como pode

ser sugerida uma situação mais precária relacionada a dor dentária e a perda dentária comparada a população em geral, o que demonstra a necessidade de melhorias no planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde bucal e também ampliação do acesso a serviços odontológicos que tenham mais resolutividade, visando melhorias na qualidade de vida dessa população vulnerável.

Palavras chave: OHIP. Odontalgia. Saúde Oral. População indígena. Perda de dente.

Abstract

Introduction: Knowledge of the oral conditions of specific populations is essential, so that adequate planning of policies can be carried out that takes into account the real needs of these people, and studies with indigenous populations are sporadic, almost always restricted to work with small samples. The epidemiological picture of oral health among indigenous peoples in Brazil is little known due to the scarcity of scientific investigations, surveys and comprehensive censuses. **Objective:** To evaluate the impact caused by oral problems on quality of life, orofacial pain, tooth loss and the association with sociodemographic characteristics, need for prosthesis, use of dental services in indigenous and non-indigenous populations living in Guarani and Tupiniquin villages located in the Municipality of Aracruz, Espírito Santo. **Methodology:** This study was a cross-sectional observational study, in which 1084 indigenous people had their oral conditions assessed subjectively using the OHIP-14 form, through questionnaires on tooth pain and tooth loss and a visual clinical examination was also carried out to assess the condition of tooth loss. Individuals aged 20 years or older and who were residents of the Tupiniquin and Guarani villages were included. The Chi-square and/or Fisher's exact tests were used to calculate possible associations between OHIP, dental pain, tooth loss, sociodemographic conditions, use of dental services and the need for removable prostheses. **Results:** The prevalence of impact of oral problems on quality of life in the indigenous population was 45.7%, with individuals aged up to 50 years (OR=1.9), with a declared need for a removable partial denture (OR= 2.5) and without the need for a complete removable denture (OR=2.3) reported a greater perception of the impact of oral problems on quality of life. Tooth loss was associated with age over 51 years (OR=6.3), less education (up to 10 years of study) (OR=2.1), more impact of oral problems on quality of life (OR=2. 3). Dental pain was more common in women, aged up to 50 years, who sought dental care for urgent reasons and in those who did not require a Removable Partial Prosthesis (RPD). **Conclusions:** The prevalence of impact of oral problems on the quality of life of indigenous people was higher than that normally found in non-indigenous populations, as well as a more precarious situation related to dental pain and tooth loss compared to the general population. , which demonstrates the need for

improvements in the planning of public policies for the prevention and promotion of oral health and also expanding access to dental services that are more effective, aiming to improve the quality of life of this vulnerable population.

Keywords: OHIP. Toothache. Oral health. Indigenous population. Tooth loss.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Codificação das respostas do OHIP.....25

ARTIGO 1

Tabela 1– Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa.....60

ARTIGO 2

Tabela 1– Dados demográficos de indígenas participantes da pesquisa.....74

Tabela 2–Impacto causado por problemas bucais segundo a faixa etária, por indígenas participantes da pesquisa.....75

Tabela 3 – Impacto causado por problemas bucais, segundo a necessidade do uso Prótese Total Removível (PTR), por indígenas participantes da pesquisa.....76

Tabela 4 – Impacto causado por problemas bucais, segundo a necessidade do uso Prótese Parcial Removível (PPR), por indígenas participantes da pesquisa.....77

Tabela 5 –Impacto geral causado por problemas bucais nos indígenas participantes da pesquisa.....78

ARTIGO 3

Tabela 1– Dados sobre dor dentária de indígenas participantes da pesquisa.....93

Tabela 2–Dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos por indígenas participantes da pesquisa.....94

Tabela 3 – Relação entre dor, variáveis demográficas e de saúde bucal de indígenas participantes da pesquisa.....96

ARTIGO 4

Tabela 1– Dados demográficos de indígenas participantes da pesquisa.....113

Tabela 2–Dados sobre perda dentária nos indígenas participantes da pesquisa...114

Tabela 3 – Dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos por indígenas participantes da pesquisa.....115

Tabela 4– Relação entre perda dentária, variáveis demográficas de indígenas participantes da pesquisa.....116

LISTA DE SIGLAS

CD	– Cirurgiã(o) Dentista
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSEIs	– Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESB	– Equipe de Saúde Bucal
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	– Intervalo de Confiança
OHIP	– Oral Health Impact Profile
OR	– Odds Ratio
PNSB	– Política Nacional de Saúde Bucal
PPR	– Prótese Parcial Removível
PTR	– Prótese Total Removível
SB Brasil	– Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SPSS	– Social Package for the Statistical Science
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	– Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....18
2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL.....18
2.2 PERDA DENTÁRIA NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NA POPULAÇÃO EM GERAL.....29
2.3 ODONTALGIA NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NA POPULAÇÃO EM GERAL..33
2.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....35
3 OBJETIVOS.....39
3.1 OBJETIVO 1 ARTIGO 1.....39
3.2 OBJETIVO 2 ARTIGO 2.....39
3.1 OBJETIVO 3 ARTIGO 3.....39
3.2 OBJETIVO 4 ARTIGO 4.....39
4 MODELO TEÓRICO.....40
5 METODOLOGIA 41
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....41
5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....42
5.3 POPULAÇÃO ESTUDADA E SELEÇÃO DOS INDIVÍDUOS.....42
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....43
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....43
5.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES.....43
5.7 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....44
5.8 COLETA DE DADOS.....47
5.9 APURAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....49
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....50
7 RESULTADOS.....52
7.1 ARTIGO 1.....52
7.2 ARTIGO 2.....67
7.3 ARTIGO 3.....87
7.4 ARTIGO 4.....106
8 CONCLUSÃO GERAL.....127
9 REFERÊNCIAS.....128

ANEXOS.....139
ANEXO 1 - FORMULÁRIO PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL - OHIP – 14 140
ANEXO 2 - QUESTÕES SOBRE DOR OROFACIAL.....141
ANEXO 3 – QUESTÕES SOBRE PERDA DENTÁRIA.....142
ANEXO 4- FORMULÁRIO NECESSIDADE DE PRÓTESE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....144
ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO CEP DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA UFES.....146
ANEXO 6 – APROVAÇÃO DA CONEP.....147

1. INTRODUÇÃO

O modelo biomédico, do qual derivaram os modelos de saúde tradicionais, apresenta raízes filosóficas encontradas no dualismo corpo-mente, em que a mente e o corpo são entidades separadas. Esse modelo adota uma metáfora mecânica em que o corpo é visto como similar a uma máquina e a saúde e a doença são vistas de uma forma reducionista e consideradas apenas fenômenos biológicos (LOCKER, 1997b).

A assistência à saúde e a alta tecnologia são consideradas como a solução para restaurar a saúde das populações. Dessa forma, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde do indivíduo são ignoradas (LOCKER, 1997b). O desenvolvimento tecnológico crescente da medicina e ciências próximas trouxe como conseqüência negativa a progressiva desumanização dessas ciências (FLECK, et al, 1999).

Após a mudança do paradigma médico para um de comportamento social mais amplo, nos comprometemos a desenvolver novas formas de mensurar percepções, sentimentos e comportamentos, dando importância crescente às experiências e percepções subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e seus conceitos de saúde e doença (LOCKER, 1997a).

De acordo com Pereira (1995) novos modelos, portanto, sobre interpretação de saúde têm sido aprofundados com o objetivo de relacionar dimensões biofísicas, psicológicas e sociais para promover bases mais sólidas para a vida, pois atualmente as definições sobre saúde rejeitam a noção de que saúde é estritamente a ausência de doenças físicas, pois é preciso considerar o contexto físico, o psicológico e o bem-estar social do indivíduo (TUBERT-JEANNIN et al. 2003).

Uma das doenças de maior peso na história da morbidade bucal tem sido considerada a cárie dentária. Ela pode afetar o cotidiano das pessoas provocando limitações ao desencadear dores e perdas dentárias, ela também pode afetar a capacidade dos indivíduos de comer, bem como suas escolhas alimentares, comunicação e aparência, diminuindo dessa forma sua qualidade de vida. Em Odontologia, os cuidados não são mais meramente vistos como o aparecimento clínico de condições bucais ou o tratamento de doenças, uma vez que mais atenção tem sido dada a forma como o tratamento odontológico eficaz pode melhorar diferentes aspectos da vida dos

pacientes. Esta atenção levou ao desenvolvimento de instrumentos que tem a capacidade de avaliar diferentes aspectos da qualidade de vida (YEH, et al, 2016).

Na Odontologia, os esforços recentes estão sendo investidos no desenvolvimento de indicadores utilizados para apontar as conseqüências sociais e psicológicas das doenças orais, ou seja, que vão além das medidas normativas tradicionais de saúde bucal. Assim, procura-se remediar as limitações de uma abordagem baseada no modelo médico no qual a saúde é tida como a ausência de doença (LOCKER; MILLER, 1994).

De acordo com Locker e Miller, (1994) os indicadores clínicos são importantes para levantamentos de saúde bucal e necessidades de tratamento. Entretanto, as limitações destes indicadores determinam a necessidade de associação com indicadores subjetivos (de qualidade de vida) para obtenção de mais clareza em medidas multidimensionais do estado de saúde bucal. Portanto, alguns autores desenvolveram e testaram indicadores que avaliam problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais para a coleta de dados subjetivos (SILVA; ROSELL; VALSECKI JÚNIOR, 2004).

O OHIP é uma das medidas de avaliação de saúde bucal e qualidade de vida mais sofisticadas e utilizado de forma ampla, apresentando importantes implicações para a prática clínica e também na pesquisa odontológica. Esse questionário validado foi e ainda é utilizado em vários ramos da odontologia para avaliar o impacto produzido por variados problemas bucais e também métodos terapêuticos na qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos pacientes tanto em estudos transversais quanto longitudinais (QUEIROZ et al, 2019).

Slade e Spencer (1994a) propuseram o indicador subjetivo Oral Health Impact Profile (OHIP) – Perfil do Impacto da Saúde Bucal, fundamentado num questionário composto por 49 questões. Após três anos, Slade (1997) desenvolveu uma versão reduzida desse questionário. Este indicador é utilizado de uma forma ampla em estudos brasileiros para avaliar o impacto provocado por problemas bucais na qualidade de vida dos indivíduos.

O quadro epidemiológico de saúde bucal, assim como as práticas de autocuidado dos povos indígenas brasileiros ainda são pouco conhecidos dada à escassez de estudos

nessa área (BRASIL, 2018). É importante que sejam conhecidas as condições orais de populações específicas para que seja feito um planejamento adequado de políticas que contemple as reais necessidades dessas pessoas (ARANTES, 2003).

Estudos com populações indígenas são esporádicos, restringindo-se quase sempre a trabalhos com amostras pequenas. Desse quadro resulta uma grande escassez de informações qualitativas e quantitativas sobre o estado de saúde bucal das populações indígenas no Brasil (ARANTES, 2003).

Poucos estudos foram realizados entre grupos étnicos específicos, populações minoritárias ou indígenas, embora um elevado número de evidências mostre associações entre dor dentária e outras medidas de saúde como características demográficas, socioeconômicas e psicológicas. Minorias e grupos indígenas normalmente avaliam sua saúde de forma menos favorável do que seus respectivos grupos majoritários ou dominantes da população (BOMBAK; BRUCE, 2012, KAPLAN; BARON-EPEL, 2003).

É demonstrada uma enorme precarização das condições de saúde bucal de grupos indígenas brasileiros pela literatura, que está associada a aspectos contextuais e coletivos, embora permaneçam amplamente desconhecidos devido à escassez de estudos mais robustos, atrelada a falta de padronização metodológica utilizada nos trabalhos atuais, inviabilizando substanciar tais questões de maneira minuciosa e precisa (BRANDÃO; MORAES; ROMÃO, 2021).

O modelo médico tradicional negligenciava o impacto social causado por problemas bucais na qualidade de vida. Nesse sentido, o OHIP aparece como instrumento sensível para captar o impacto das condições bucais, portanto, pode ser usado para advogar recursos destinados a saúde bucal e priorizar a locação de recursos em relação a problemas com maior impacto na qualidade de vida das pessoas. Entretanto, o OHIP não deve ser utilizado isoladamente, mas sim como método complementar aos indicadores normativos (MIOTTO; BARCELLOS, 2001).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL

No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, o tema qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção de saúde sua parte mais relevante. Quando observada de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Muitas vezes, entretanto, o setor saúde adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra setoriais que são, na maioria das vezes, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Qualidade de vida pode representar saúde física, psíquica, acesso a uma boa alimentação, boa educação, a um serviço de saúde adequado como também pode significar a inserção da pessoa no meio social. Representa, portanto um fator positivo para que o indivíduo viva bem e tenha a capacidade de realizar todas as suas tarefas de forma satisfatória. Esse termo também é utilizado como indicador sociocultural entre populações que serão analisadas, dessa forma, é introduzido na vida cotidiana como também no meio de pesquisas científicas (CARVALHO et al, 2019).

O conceito de qualidade de vida relacionada a saúde bucal, é multidimensional, portanto refere-se ao grau de impacto que as doenças orais provocam na fisiologia normal dos indivíduos e é considerado parte que integra saúde e bem-estar geral. A utilização desse conceito é ampla sendo utilizado em campos teóricos e práticos,

incluindo pesquisas odontológicas, ensaios clínicos e outras pesquisas que analisam resultados de programas preventivos e terapêuticos (RODAKOWSKA, et al, 2014).

Atualmente a saúde não é considerada apenas ausência de doenças físicas, pois as de acordo com as definições mais atuais é preciso considerar o contexto físico, o psicológico e o bem-estar social do indivíduo. A saúde bucal, todavia, muitas vezes continua sendo medida por meio de modelos baseados nas doenças, com indicadores normativos e quantitativos. Por isso, a prevalência das doenças bucais continua sendo descrita em várias populações, mas ainda se tem pouco conhecimento sobre como as doenças e os sintomas afetam o dia a dia das pessoas e sua qualidade de vida (TUBERT-JEANNIN et al., 2003).

A avaliação de status de saúde bucal e a estimativa de necessidade de tratamento odontológico ainda é dominada por critérios normativos clínicos, baseados no julgamento do profissional, entretanto cada vez mais é reconhecido que estas são áreas, em que a necessidade normativa apresenta suas deficiências, uma vez que é insuficiente na decisão de necessidade de tratamento pois não consideram comportamentos e atitudes dos pacientes, que, possuem importância considerável na eficácia de tratamentos e melhorias na saúde bucal (PINTO, 2013).

Os sistemas normativos dão pouco ou nenhum valor a fatores tão importantes quanto as medidas de qualidade de vida, ou seja, à forma como a condição de saúde bucal afeta a vida diária dos indivíduos (PINTO, 2013).

Ao longo dos últimos 20 anos, o modelo médico exemplificado pela abordagem tradicional tem sido desafiado constantemente pelo modelo de saúde sociosituacional. Nesse outro modelo, a saúde é definida não em termos de ausência de doença, porém em termos de ótimo funcionamento e bem-estar social e psicológico.

Como consequência, tem-se passado de uma preocupação com a doença para uma preocupação com a saúde, da cura da doença à prevenção e promoção da saúde, e da preocupação com serviços de saúde para a preocupação com determinantes do estado de saúde representados por situações físicas e sociais. Ao mesmo tempo, o usuário dos serviços de saúde, antes visto como um corpo, passou a ser considerado

como uma pessoa, dando-se importância crescente às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença (BUSS, 1998).

A abordagem quantitativa sozinha é insuficiente para possibilitar um bom esclarecimento dos sentimentos que envolvem as pessoas edêntulas, ainda que possa, sem dúvidas, ajudar a fornecer informações para o entendimento e aprofundamento do conhecimento e da interpretação desses sentimentos, bem como os resultados que eles provocam na qualidade de vida das pessoas (SILVA et al, 2010).

A utilização de indicadores subjetivos ou de qualidade de vida, no período pré-tratamento protético pode orientar o profissional com relação ao impacto que a perda dentária provoca para as pessoas e os cuidados necessários na sua orientação, acolhimento e proservação (SILVA et al, 2010).

O modelo biopsicossocial fornece a base para a teoria e a prática de promoção da saúde e envolve uma mudança no pensamento geral sobre o que constitui saúde e também as estratégias necessárias para produzi-la (BUSS, 1998).

Alguns autores utilizaram em 721 adultos nos Países Baixos um questionário com questões que avaliavam entre outras coisas valor atribuído aos dentes naturais e perceberam que a maioria dos respondentes avalia como importante a preservação dos dentes naturais e 1/4 da amostra não sente repulsa ao pensar na utilização de prótese total no futuro, provavelmente devido a essas pessoas apresentarem saúde bucal ruim e desejarem se livrar dos problemas (SCHUURS et al., 1990).

Os dentes foram muito valorizados por essa amostra, sendo que muitos lamentaram mais a perda de um dente anterior do que o posterior, mostrando o valor psicológico de um dente anterior e no caso da dor, a menos que seja grave e duradoura, não é uma razão para procurar um cirurgião-dentista. A avaliação da condição de saúde bucal é ambígua por ser muito subjetiva, porém a percepção do paciente é crucial na decisão de procurar ajuda profissional. Não é surpresa que aqueles indivíduos que são obrigados a visitar o cirurgião-dentista regularmente valorizem mais os seus dentes (SCHUURS et al., 1990).

No interior da perspectiva médica, autores como Bausell (1998) julgam que, com a grande abundância das atuais medidas de qualidade de vida, essas deveriam ser consideradas o ponto de partida para a formulação de políticas de atenção (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Foram levantadas as bases teóricas que deram origem aos indicadores socioodontológicos por alguns autores, também foram discutidos alguns indicadores de saúde bucal, como o CPO-D e o CPITN e medidas de qualidade de serviços. Esses autores também consideraram a diferença existente entre a opinião do paciente e a do profissional em relação ao estado de saúde bucal, salientando que é o resultado de vários fatores sociais, como estilo de vida pessoal, cultural, fatores ecológicos e também o bem-estar físico. Ressaltaram a necessidade do desenvolvimento de instrumentos que avaliem, juntamente com o nível de saúde de uma população, a capacidade de resolução dos problemas presentes nela (COHEN; JAGO, 1976).

Na literatura está bem estabelecida a associação existente entre a autopercepção negativa da saúde bucal e as condições clínicas orais (presença de doenças bucais, danos teciduais, dor, comprometimento funcional e estético), fatores psicossociais e socioeconômicos, demográficos e comportamentais desfavoráveis, o que torna a avaliação subjetiva um aporte crítico essencial na identificação de grupos populacionais em situação vulnerável, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes personalizadas (MAURÍCIO; MOREIRA, 2020).

Estudos perceberam que as percepções femininas são mais precisas do que as dos homens, tanto em relação à condição dos dentes quanto com referência à necessidade de tratamento, segundo Giddon et al. (1976).

As mulheres foram mais afetadas pelos impactos dos problemas bucais em relação a comunicação e estética conforme Cushing et al. (1986) e mulheres de todas as faixas etárias utilizam mais o serviço do que homens, mas essa diferença diminui gradativamente com o avanço da idade. Indivíduos pertencentes às classes sociais mais privilegiadas apresentam melhor percepção de sua saúde bucal (PETERSEN, 1983).

Os fatores psicossociais e econômicos influenciam a percepção dos pacientes tanto para o tratamento odontológico quanto para os recursos utilizados no tratamento e essas percepções afetam a utilização de serviços (GIDDON et al., 1976).

Quando fizeram a comparação entre indicadores objetivos e de necessidade percebida, Gilbert et al. (1997) perceberam que medidas autor relatadas são mais informativas de como a doença afeta a vida diária das pessoas e das populações do que as medidas normativas.

Se for utilizada uma perspectiva multidisciplinar e de qualidade de vida relacionada a saúde, é possível medir com eficácia o impacto da doença no indivíduo, avaliar serviços e estabelecer programas e prioridades políticas utilizando melhor os recursos financeiros (GIFT, 1997).

Os indicadores socioodontológicos são medidas da extensão em que os distúrbios dentários e bucais rompem a normalidade da função social e ocasionam mudanças importantes no comportamento, por exemplo, uma incapacidade de trabalhar ou de frequentar a escola, ou de empreender tarefas domésticas (LOCKER; GRUSHKA, 1987).

A Odontologia tem sua verdadeira importância atribuída ao grau em que os cuidados odontológicos contribuem para a qualidade de vida. Os indicadores de qualidade de vida e saúde bucal deveriam ser vistos não como substitutos para os critérios normativos e sim como um importante complemento a eles (PINTO, 2013).

A importância de se entender como a pessoa percebe sua condição bucal está no fato de que seu comportamento é condicionado por essa percepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores culturais e experiências passadas no sistema de saúde. Mesmo nos países mais desenvolvidos e que oferecem serviços odontológicos, uma grande parcela da população não os frequenta porque não tem percepção de sua necessidade (STEELE, 1996).

Segundo Reisine (1988), os problemas bucais afetam a performance diária das pessoas, portanto seria importante uma abordagem conceitual alternativa ao modelo médico, pois levaria em conta o contexto social como participante do processo da doença, que é sensível a fatores sociais e psicológicos.

O OHIP foi validado para a população canadense pelos autores Locker e Slade (1993) que observaram maior impacto nos indivíduos que procuravam o cirurgião-dentista (CD) apenas quando sentiam dor.

O ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)

Este estudo utilizou, como instrumento de pesquisa, o indicador subjetivo “Oral Health Impact Profile” (OHIP) que avalia impedimentos em três dimensões das condições funcionais (social, psicológica e física) que representam quatro das sete dimensões da qualidade de vida.

O OHIP tem como objetivo capturar impactos que estão relacionados, em geral, com a saúde bucal, mais do que impactos que podem ser atribuídos a doenças, desordens ou síndromes bucais específicas. Como é um indicador subjetivo, veio, portanto, complementar os indicadores tradicionais de epidemiologia bucal. Desse modo, ele fornece informações sobre o impacto de doença dentro das populações e a eficiência dos serviços de saúde em reduzir esse mesmo impacto.

Esse instrumento foi desenvolvido de acordo com o modelo conceitual de Locker (1988) que definiu as dimensões relevantes do impacto, incorporando um amplo espectro de questões associadas a pesos numéricos que podem ser combinados para criar escores em cada subescala, refletindo tanto a frequência de cada impacto, como permitindo julgamentos sobre a severidade desses impactos (SLADE, 1997).

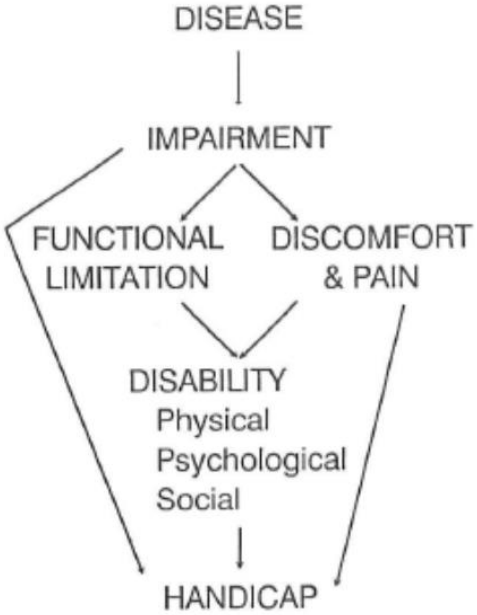


Figura 1 – Modelo conceitual de Locker

Fonte: Slade (1997)

Foram definidas então as sete dimensões do impacto:

a) limitação funcional;
b) dor física;
c) desconforto psicológico;
d) incapacidade física;
e) incapacidade psicológica;
f) incapacidade social;
g) deficiência.

Slade e Spencer (1994) desenvolveram o OHIP-49 - que possui 49 questões - para complementar os indicadores normativos tradicionais de epidemiologia bucal e fornecer informações sobre o impacto provocado pelas doenças bucais na qualidade de vida das pessoas. Os resultados descrevem impactos biopsicossociais da doença bucal, sendo composto das seguintes dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas.

Três anos após a criação do OHIP Slade (1997), desenvolveu um questionário reduzido do OHIP e relatou os achados iniciais relativos à confiabilidade e validade.

Obteve então o OHIP-14 que retêm as dimensões conceituais originais contidas no OHIP, sendo portanto capaz de detectar uma associação entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento em níveis hierárquicos crescentes de impacto, sendo limitação funcional, a dimensão de menor impacto e deficiência, a de impacto mais perturbador na qualidade de vida das pessoas. Por exemplo: as questões de limitação funcional captam impactos que seriam aparentes principalmente para o indivíduo, como; "Você teve dificuldade para mastigar qualquer alimento por causa de problemas com os dentes, boca ou dentaduras?

As questões na dimensão da incapacidade referem-se a impactos nas atividades cotidianas tais como; "Você teve que interromper as refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?" Enquanto a dimensão deficiência representa a extensão do prejuízo causado pela saúde bucal, como; "Você tem sido incapaz de desfrutar da companhia de outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?"

Essas questões têm uma boa distribuição de prevalências, sugerindo que o instrumento seria útil para quantificar níveis de impacto no bem-estar.

Os participantes são convidados a responder ao OHIP em uma escala de Lickert, na qual as respostas são codificadas em cinco categorias, formando uma série numérica ordinal. Ainda foi incluída uma sexta categoria para a resposta “não sabe”. Cada categoria da escala recebe uma pontuação entre zero e quatro: zero representa ausência de impacto e quatro, o máximo impacto (Tabela 1).

Tabela 1. Codificação das respostas do OHIP

Escala	Código
Nunca/não se aplica	0
Raramente	1
Às vezes	2
Frequentemente	3
Sempre	4

Para cada questão foi acrescentada uma opção “Não sei”.

A principal vantagem da escala de Lickert é garantir unidimensionalidade, assegurando que todos os itens da escala meçam a mesma coisa, o que possibilita uma melhor consistência interna, quando se deseja medir questões não factuais. Por

essas características, a escala de Lickert é a mais utilizada, quando a intenção é captar padrões de atitude ou explorar teorias sobre atitudes (OPPENHEIN, 1993). As suas limitações se devem ao fato de não apresentar boa validade para captar mudanças de atitude, ou identificar a estrutura hierárquica existente em uma atitude, assim como avaliar diferenças entre grupos.

Foi feita a tradução transcultural, já devidamente validada, do OHIP 14 do inglês (língua original) e adaptado ao contexto do Brasil por Almeida, Loureiro e Araújo (2004).

Ao realizar um levantamento bibliográfico com o intuito de promover maior entendimento dos aspectos que se relacionam com a visão global do paciente e da comunidade para, dessa forma, poder aplicá-los no planejamento de serviços, Miotto e Barcellos (2001) observaram a importância do impacto em nível social dos problemas bucais na qualidade de vida antes negligenciado pelo modelo médico.

Dessa forma o OHIP aparece como instrumento sensível para captar o impacto das condições bucais, portanto, pode ser usado para advogar recursos destinados a saúde bucal e priorizar a locação de recursos em relação a problemas com maior impacto na qualidade de vida das pessoas, entretanto o OHIP não deve ser utilizado isoladamente, mas sim como método complementar aos indicadores objetivos (MIOTTO; BARCELLOS, 2001).

De acordo com Ferreira et al., (2020) além de complementar as informações clínicas, a utilização dos indicadores subjetivos permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e de sua necessidade de tratamento, demonstrando que existe a necessidade de políticas, programas e serviços em saúde pública que contemplem as relações mútuas entre saúde bucal e aspectos psicossociais, visando uma atenção integral à saúde das pessoas.

As prevalências de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida encontradas nos estudos que utilizaram como instrumento de pesquisa o OHIP-14 na população em geral, normalmente se aproximam de um terço da população, como os resultados observados em um estudo realizado em idosos do município de Vitória pelas autoras Aguiar, Oliveira e Miotto (2022), que encontraram 32,6%, uma pesquisa de base

populacional realizada no município de Marechal Floriano pelas autoras Miotto, Barcellos e Velten (2012), que obtiveram 35%, em um estudo realizado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) do município de Vitória pelas autoras Bombarda-Nunes, Miotto e Barcellos (que encontrou 29% de prevalência de impacto.

Já em populações específicas as prevalências de impacto encontradas relacionadas a problemas bucais são variadas, como em uma pesquisa realizada por Miotto et al (2017) em dependentes químicos que encontrou prevalência de 83,1%, em outra pesquisa realizada por Calmon et al (2019) em mulheres com câncer de mama que encontrou prevalência de impacto de 28,1%.

Pode ser observado que independente do tipo de população avaliada, tanto a população em geral, quanto as populações específicas, o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida está presente, apresentando porcentagens que não podem ser ignoradas por gestores, pois a avaliação subjetiva pode ser utilizada para melhor organização e planejamento de políticas públicas que sejam realmente resolutivas, e que promovam melhorias na qualidade de vida dos indivíduos.

Miotto e Loureiro (2003) avaliaram o efeito das características sociodemográficas e a utilização dos serviços odontológicos sobre o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida em Juiz de Fora e concluíram que indivíduos acima de 60 anos, do sexo masculino e edentados têm melhor qualidade de vida relacionada com problemas bucais. Maior frequência de impacto para dentados que necessitavam de prótese parcial removível (PPR).

Os autores perceberam que ao se identificar grupos populacionais com maior impacto podem ser formuladas políticas de saúde e os serviços podem ser avaliados considerando a percepção do indivíduo sobre o impacto que os problemas bucais provocam na qualidade de vida (MIOTTO; LOUREIRO, 2003).

O impacto medido pelo indicador subjetivo como o OHIP 14 pode redirecionar todas as políticas de gestão dos sistemas de saúde, para que o mesmo se volte às reais necessidades do público a que deve assistir. Os indicadores subjetivos poderão ajudar na formulação de programas e serviços de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas, acometidas pela doença cárie dentária, considerada como problema de saúde pública no Brasil (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Barcellos (2004) ressalta que o impacto que as condições bucais provocam na qualidade de vida das pessoas pode ser determinado pelos indicadores socioodontológicos e, a associação entre medidas normativas e subjetivas possibilita uma análise mais lógica e precisa das reais necessidades da população.

Os novos rumos apontados para a profissão de cirurgião dentista, em especial no âmbito da saúde bucal coletiva, referem-se à busca e ao controle dos fatores de risco, principalmente às ligações da saúde oral com a saúde geral, a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (PINTO, 2013).

De acordo com Jesus, et al (2020) e Passos-Soares et al (2018) o modo como a saúde bucal causa influências sobre a qualidade de vida tem sido investigado de uma forma ampla utilizando para isso índices que analisam as percepções funcionais e sociais do indivíduo, permitindo que sejam compreendidos os sentimentos, a auto percepção da condição de saúde bucal e as expectativas relacionadas ao tipo de tratamento necessário para a população.

Quando as medidas normativas e subjetivas são utilizadas é permitida uma análise mais lógica e precisa, podendo então redirecionar para estruturar e organizar as políticas de gestão dos sistemas de saúde voltando-as para as verdadeiras necessidades da população (MIOTTO et al, 2018).

O instrumento OHIP tem sido utilizado em vários estudos brasileiros e tem apresentado resultados similares, demonstrando que as pessoas que possuem necessidade declarada de prótese parcial removível (PPR) e de prótese total removível (PTR) apresentam maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (MIOTTO; LOUREIRO, 2003; BOMBARDA-NUNES; MIOTTO; BARCELLOS, 2008; MIOTTO, BARCELLOS; VELTEN, 2012).

A utilização de indicadores subjetivos contribui para complementar as informações clínicas, dessa forma também fornecendo subsídios para conhecer as percepções do indivíduo em relação a sua condição bucal. Indicadores subjetivos poderão ajudar na formulação de programas e serviços de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas, acometidas pela doença cárie dentária, considerada como problema de

saúde pública no Brasil (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012; COSTA; VASCONCELOS; ABREU, 2013).

2.2. PERDA DENTÁRIA NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NA POPULAÇÃO EM GERAL

Conforme os autores Passos-Soares et al (2018) o impacto que a condição clínica oral, perda dentária, representa na vida das pessoas não deve ser subestimado, pois ela pode se caracterizar como uma experiência devastadora e perturbadora, resultando em alterações das atividades sociais diárias e trazendo limitações relacionadas a encontros sociais ou a se alimentar em público.

A perda de dentes também pode afetar a qualidade de vida das pessoas, gerando ainda, uma grande demanda por tratamentos protéticos, tornando-se um desafio à saúde pública e uma responsabilidade para os gestores públicos de ofertar uma atenção em saúde adequada às necessidades da população (BITENCOURT; CORRÊA; TOASSI, 2019).

Já se tem conhecimento sobre o importante papel das condições sociais dos indivíduos, assim como da prática odontológica hegemônica, na qual as extrações dentárias representam a solução para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico. A extração dentária é utilizada como solução mais prática e econômica para problemas bucais e começa em massa a partir dos 30 anos no Brasil (PINTO, 1997).

Foi realizado um estudo na população adulta indígena Kiriri com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados à indicação de exodontia no Nordeste do Brasil e os autores perceberam que houve uma prevalência de 33% de indígenas com indicação de um ou mais dentes para exodontia que estava associada estatisticamente a idade maior que 35 anos e renda inferior a um salário mínimo entre outros fatores, sendo que esses resultados refletiram a importância e também a necessidade de priorização de estratégias preventivas e educativas, mas também de ampliação dos serviços de atendimento odontológico de maior complexidade de maneira a suprir as necessidades de intervenção com procedimentos resolutivos (COELHO et al, 2021).

Ainda ocorre no Brasil uma quantidade elevada de exodontias causadas por doenças evitáveis, entre elas a cárie dentária e a doença periodontal, sendo que dados epidemiológicos têm mostrado aumento expressivo de perdas com o avanço da idade (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003).

A saúde bucal merece atenção especial, pois historicamente os serviços de atendimento odontológico não priorizam a atenção ao grupo de idosos que, de modo semelhante a população adulta, possuem altos níveis de edentulismo e também alta prevalência de cárie dentária (MOREIRA et al., 2005).

A odontologia, área que possui inúmeras tecnologias, ainda convive com recursos que não trazem benefícios aos indivíduos como é a situação da perda dentária. A prática mutiladora rudimentar, que marcou os primórdios da profissão, demonstra os extremos de uma prática de saúde bucal que representa e reproduz as desigualdades sociais, mostrando por meio de discursos, que a mutilação dentária ainda é constituída de uma prática contemporânea e cotidiana (FERREIRA, 2006).

Conforme os autores Oliveira et al (2018), a população adulta e idosa sofre as consequências vividas em um processo de riscos acumulativos durante o ciclo de vida.

A cárie dentária é uma doença bucal crônica e infecciosa que causa a destruição dos tecidos dentários, sendo que nos estágios mais avançados de sua progressão, em regiões ou países em que uma quantidade significativa da população não tem acesso a medidas de promoção de saúde bucal e a atendimento em serviços odontológicos profissionais, o tratamento dessa enfermidade em estágios tardios é feito por meio da exodontia (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003). Assim, são observadas sequelas deixadas pela cárie durante a vida, gerando edentulismo.

A ausência de políticas públicas de saúde com a atenção voltada para a promoção e a prevenção em âmbito universal e grande presença de modelos de atenção em Saúde Bucal direcionados ao mercado, à mutilação e ao artificialismo protesista, conduziram grande quantidade de pessoas a mutilações que seriam falsamente reparáveis pela tecnologia do presente (OLIVEIRA, et al, 2018).

A perda de elementos dentários é um fenômeno complexo que envolve além de fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Ainda existe uma crença de que a perda dentária é consequência natural do envelhecimento, o que leva os indivíduos a negligenciar os cuidados com a cavidade bucal e a substituírem de forma gradativa os dentes naturais por próteses dentárias (CARDOSO et al, 2016).

Existem outros aspectos relacionados às atitudes dos profissionais da área odontológica e à incapacidade do sistema de saúde público de fornecer atendimento a demanda da população por tratamento odontológico. Uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a atendimento odontológico em consultórios particulares, dessa forma, o único tratamento possível para eles é a extração dentária (CARDOSO et al, 2016).

Há um aumento da quantidade de pessoas edêntulas no Brasil, deficiência física essa que pode provocar diversos problemas de saúde como reabsorção óssea maxilomandibular, deficiências nutricionais geradas pela incapacidade de mastigar alimentos sólidos, desordens psicológicas e de relacionamentos interpessoais, causando impacto negativo na qualidade de vida tornando essa condição um importante indicador de saúde (CARVALHO et al., 2019; PARAGUASSU et al, 2019).

No Brasil a população adulta, principalmente a que se encontra em faixas etárias mais avançadas, enfrenta grandes dificuldades, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem estrutura adequada, nem suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal dessas pessoas. Por causa disso, dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, pois essa alternativa é considerada a mais prática e, também a mais econômica (SILVA et al., 2018).

A grande maioria das pessoas que perdem seus dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, especialmente devido à falta de recursos financeiros. Os brasileiros que utilizam próteses totais removíveis (PTRs) utilizam-nas por um período que vai muito além do prazo recomendado para sua devida substituição (SILVA et al, 2010).

Em um estudo realizado nos Centros de Atendimento aos idosos no município de Vitória, ES os autores perceberam que mulheres pertencentes às classes

socioeconômicas C/DE, com até 10 anos de escolaridade, que perderam 11 elementos dentários ou mais, que declararam necessidade de prótese parcial removível (PPR) e que não aceitaram a perda de elementos dentários tiveram maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida, produzido pela perda dentária (AGUIAR; OLIVEIRA; MIOTTO, 2022).

Segundo os autores essa maior prevalência de problemas relacionados à perda dentária afeta principalmente aos indivíduos menos favorecidos, evidenciando a escassez de políticas públicas com o objetivo de reduzir as disparidades sociais existentes (AGUIAR; OLIVEIRA; MIOTTO, 2022).

O inquérito epidemiológico “Levantamento das Condições de Saúde Bucal da população brasileira-SB-Brasil, 2003” mostrou as condições de saúde bucal da população adulta do Brasil. Na faixa etária de 35-44 anos, o índice CPO-D médio dessa população foi 20,13, sendo o componente P (perdido) responsável por um percentual de 66% do índice. Na faixa etária de 65-74 anos, o CPO-D foi 27,79 e o componente P alcançou o percentual de 93% do índice. Em todo o país, na faixa etária de 30-44 anos, 30% das pessoas já são desdentadas e 75% dos idosos não têm um dente sequer na boca (BRASIL, 2004).

Quando são observados os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB 2010) percebe-se que entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO praticamente não se alterou, pois era 27,8 em 2003 e passou a 27,5 em 2010 com a maior parte correspondendo ao componente extraído. Já no grupo etário de 35 a 44 anos, observa-se que o componente perdido caiu de 13,23 para 7,48 (BRASIL, 2010).

Esses dados mostram que houve uma redução no CPO do componente perdido principalmente na faixa etária de 35 a 44 anos para a população em geral, todavia na faixa etária de 65 a 74 anos praticamente não houve alteração no CPO relacionado ao componente perdido que passou de 27,8 para 27,5, entretanto estimativas realizadas baseadas nos levantamentos nacionais de saúde bucal, realizados nos anos de 1986, 2003 e 2010 mostram uma tendência de aumento nas taxas de edentulismo nos próximos 20 anos para o grupo de idosos (SILVA et al, 2018).

2.3. ODONTALGIA NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NA POPULAÇÃO EM GERAL

A odontalgia pode ser definida como uma dor de origem orofacial, que ocorre devido a desordens que afetam tanto os dentes quanto as estruturas de suporte conforme Echeverria, Dumith, Silva (2020 e representa um dos principais sintomas da prática odontológica, tendo origem em componentes neurológicos, fisiológicos e psicológicos, além de ser caracterizada como originária dos tecidos inervados do elemento dentário (KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011).

A dor pode ser expressada de diferentes maneiras e em diferentes populações, pois a maioria das afecções se manifesta por meio dela. Um dos modelos explicativos da dor a define como uma experiência sensorial desagradável, e que também envolve sentimentos e emoções, que ocorre devido a lesões nos tecidos de acordo com o Comitê de Taxonomia da International Association for the Study of Pain, (MASSONI, 2020).

Um assunto pouco investigado em relação a saúde bucal consiste na dor de origem dentária (odontalgia). Sendo a cárie dentária sua principal causa, essa condição afeta uma parcela considerável da população humana, entretanto, especificamente pessoas economicamente desfavorecidas. Entre outras coisas a dor dentária provoca impacto negativo sobre a qualidade de vida, ocasionando sofrimento, queda no desempenho do trabalho, no aprendizado e também gera dificuldades no convívio social (BASTOS. et al., 2007).

Foi realizado um estudo em uma Clínica Escola de Odontologia nas disciplinas que envolviam o atendimento na especialidade de prótese dental e foi percebido pelos autores que a dor física teve média mais significante em relação à limitação funcional entre os domínios pesquisados. Dessa forma, os autores perceberam que a dor é o principal fator com influência na vida do indivíduo, uma vez que reflete diretamente em seu bem-estar físico e emocional, podendo assim interferir no rendimento de suas atividades cotidianas, e até mesmo gerar afastamento das mesmas (CARVALHO, et al, 2019).

A odontalgia ocupa uma posição de destaque entre as enfermidades que tem o maior potencial de causar impactos negativos na vida cotidiana das pessoas, uma vez que problemas bucais estão sendo associados a impactos sociais, econômicos e

psicológicos podendo afetar de maneira negativa a qualidade de vida (GOES, O. S. et al, 2008).

Assim como a perda dentária, a dor de origem dentária também provoca impactos na qualidade de vida das pessoas, e é uma importante fonte de sofrimento humano que gera impactos negativos no desempenho diário. Segundo Arantes e Frazão (2018) a odontalgia foi associada com a autopercepção de saúde bucal ruim em grupos indígenas do Centro-Oeste do Brasil. A autoavaliação subjetiva do estado de saúde é considerada uma medida legítima do estado de saúde geral, bem como uma ferramenta de avaliação de saúde válida, confiável e econômica para utilização em grupos populacionais e é um indicador cada vez mais utilizado em pesquisas epidemiológicas.

Os impactos provocados pela dor dentária podem ser observados em estudos feitos em populações variadas como observado em uma pesquisa realizada com trabalhadores da prefeitura municipal de Venda Nova do Imigrante, em que os autores perceberam que a prevalência de dor dentária foi de 43%, ou seja foi um valor significativo e apresentou associação estatisticamente significante com a escolaridade. Esses resultados demonstram as dificuldades encontradas no acesso ao serviço odontológico e uma urgente necessidade de estratégias de promoção de saúde e também assistenciais direcionadas a população trabalhadora, reduzindo, o sofrimento provocado pelo agravamento de problemas bucais (MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012).

As pesquisas demonstram que a odontalgia apresenta prevalências variadas como em uma pesquisa realizada no Nordeste brasileiro pelos autores Tavares, Carvalho e Carvalho (2022) que encontrou prevalência de 68,2%, em outro estudo feito na Paraíba pelos autores Braga et al. (2021), que observou prevalência de 32,1%.

Os autores Echeverria, Dumith e Silva (2020) realizaram um estudo no sul do Brasil em indivíduos com mais de 18 anos encontraram 18% de frequência, uma pesquisa telefônica realizada em 2009 em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal – Vigitel – pelos autores Peres et al., (2012), encontrou prevalência de 15,2%, um estudo de base populacional feito pelos autores Constante et al. (2016) em Florianópolis encontrou frequência de odontalgia de 17,5%. Embora as prevalências

de odontalgia encontradas em pesquisas feitas na população em geral sejam variadas, normalmente encontra-se piores condições bucais nas populações indígenas.

A dor de origem dentária é causada principalmente pela cárie dentária, pelas doenças periodontais e pelo traumatismo dentário como foi demonstrado em um estudo realizado em jovens do Rio Grande do Sul, no qual dentre as razões que provocaram a dor dentária as alterações relacionadas à cárie dentária responderam por cerca de 30% dessa prevalência (ECHEVERRIA; DUMITH; SILVA, 2020, KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011, BASTOS, J. L. D. et al., 2007).

2.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA

É essencial que seja conhecida a situação epidemiológica da população, tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução de serviços de tratamento odontológico, constituindo-se na direção correta de equacionamento dos problemas de saúde e doença de cada comunidade (PINTO, 2013).

Sabemos que o Brasil é um país que possui, além de proporções continentais uma população extremamente diversificada entre suas regiões (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). Entre essa população diversificada encontra-se a população indígena que possui inúmeras particularidades que estão ligadas a fatores culturais, ambientais, políticos, biológicos e econômicos (BRANDAO; MORAES; ROMAO, 2021).

Conforme dados obtidos no Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, no Brasil existem mais de 305 comunidades indígenas que somam aproximadamente 896.917 pessoas. Em torno de 324.834 indígenas vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais. (WENCZENOVICZ, 2018). A população indígena em todos os seus aspectos e particularidades culturais, além das estatísticas demográficas contribuiu significativamente para a construção iconográfica da população brasileira (BRANDÃO; MORAES; ROMÃO, 2021).

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre a condição bucal de povos indígenas no Brasil foram realizados na década de 1950. O conhecimento científico produzido a partir de então mostrou que os riscos para desenvolvimento da cárie dentária

aumentaram à medida que se intensificou a interação dessas populações com os povos não indígenas. Em geral, as transformações decorrentes do contato, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta, com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutiram negativamente na saúde bucal, com um aumento expressivo nos níveis de cárie (BRASIL, 2018).
Visando a melhoria da situação de saúde geral e bucal das comunidades indígenas foi criada em 1999 a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, conjugando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal de 1988, em que são reconhecidas as especificidades étnicas e culturais e também os direitos territoriais dos indígenas.

A partir daí foi criado o decreto 3.156 de 1999 e a medida provisória 1.911-8 que determinaram como seria organizada a assistência às comunidades indígenas, e também tratando da organização da transferência de recursos humanos e outros bens, por meio da Presidência da República e dos Ministérios, destinados às atividades de assistência à saúde da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), estabelecendo posteriormente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

Na sequência foram criados então 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em todo país com a finalidade de organizar e também descentralizar a assistência a esses povos específicos constituindo um subsistema de saúde coordenado pelo SUS que possui dentre as responsabilidades a de prestar assistência integral também em termos de saúde bucal descrito na portaria 852 de 1999.

Ainda é percebida uma condição bem desigual e preocupante, que foi demonstrada também em uma pesquisa realizada para analisar a magnitude das desigualdades em saúde bucal entre populações indígenas e não indígenas no Brasil, Nova Zelândia e Austrália que encontrou uma condição de saúde bucal mais precária nos povos indígenas independente do ambiente (SCHUCH, et al., 2017).

Os registros sobre a atenção em saúde bucal dos povos indígenas são escassos, apenas após a implantação do programa federal Brasil Sorridente, no final do ano de 2003 que foi possibilitado um maior acesso aos cuidados odontológicos, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal e garantindo assistência odontológica integral a esta população (TAVARES et al., 2020).

No período anterior, as ações em favor das comunidades indígenas eram localizadas e sutis, caracterizadas pela imensa fragmentação e descontinuidade do cuidado, além de serem predominantemente curativas, sem a possibilidade de tratamentos mais complexos e multiprofissionais (TAVARES et al., 2020).

Embora tenha sido implantado o programa Brasil Sorridente que também visou melhorias organizacionais nos cuidados odontológicos, ainda existem dificuldades de acesso aos serviços de atendimento em saúde bucal, assim como também estão presentes deficiências e limitações nesses serviços em relação a insumos, estrutura e organização, gerando assim complicações, criando barreiras que tornam a oferta de tratamento integrado e resolutivo muito difícil (PUCCA JÚNIOR, 2015).

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o atendimento integral, resolutivo e em todos os níveis de complexidade, todavia na saúde bucal essa atenção na maior parte das vezes fica restrita a procedimentos básicos, o que leva uma grande parte das pessoas a optarem pela extração dentária como solução mais prática e econômica em casos de necessidade de tratamentos mais complexos, principalmente quando se trata de comunidades indígenas que são mais vulneráveis e portanto enfrentam maiores dificuldades de acesso a tratamento odontológico adequado (PUCCA JÚNIOR, 2015).

A diversidade sociocultural dos povos indígenas brasileiros, aliada às mais diversas condições de vida e de saúde reforçam a necessidade do conhecimento dos diferentes perfis epidemiológicos e de ações de vigilância em saúde que contemplem as especificidades dos diferentes povos indígenas brasileiros da forma mais abrangente possível (BRASIL, 2018).

Pesquisas desenvolvidas sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros sugerem um aumento da prevalência de cárie, devido aos impactos provocados por mudanças na alimentação, socioculturais, econômicas e ambientais de acordo com alguns autores Alves Filho, Santos, Vettore (2013), Arantes e Frazão (2013) somando-se a isso a falta de programas preventivos, sendo que em avaliações epidemiológicas de abrangência nacional é observado o declínio dos indicadores de cárie dentária (NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000, NARVAI, P. C., et al., 2006).

Quando buscamos setorializar a efetividade das ferramentas de atenção primária à saúde para as comunidades indígenas brasileiras, sobretudo no que diz respeito aos cuidados em saúde bucal, é observada uma lacuna significativa nos atendimentos a essas pessoas (BALDISSEROTTO; FERREIRA; WARMLING, 2019).

O cuidado integral à saúde bucal é inerente e extremamente necessário ao indivíduo. A doença cárie e as periodontopatias são os problemas bucais mais prevalentes e alvo primário de estratégias de saúde básica, diante disso, a população indígena brasileira tem se tornado alvo de preocupação, devido aos dados assustadores de má condição bucal, alta prevalência de perdas dentárias, juntamente com as limitações inatas aos serviços de prevenção e tratamento odontológico (BRANDÃO; MORAES; ROMÃO, 2021).

Pode-se identificar a existência de vários entraves que dificultam a conformidade dos cuidados em saúde bucal nos povos indígenas, são eles: fatores demográficos, processos históricos de interações com as sociedades não indígenas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as barreiras linguísticas e as tecnológicas utilizadas pelos serviços de saúde (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2005).

A atenção a saúde das comunidades indígenas brasileiras é realizada por meio do Sistema de Atenção à Saúde Indígena que é um órgão que funciona integrado ao SUS, sempre respeitando as diretrizes adotadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASP), que tem o objetivo de atender aos povos indígenas considerando seu estilo de vida, tradições, cultura e religião, pois sem respeito a essas particularidades, esse trabalho de atendimento se tornaria ineficaz (BERTANHA et al., 2012).

É imprescindível ter a compreensão de que um indígena traz consigo sua própria significação do mundo, da vida, da morte e das causas espirituais sobre as doenças (Kabad, Pontes e Monteiro, 2020). Compreender a forma como esses povos interpretam, auxiliará para uma percepção particular do contexto saúde-doença que irá promover uma interessante reflexão a respeito da formação do Cirurgiao-dentista (CD), no interior do exercício de sua prática profissional (LIMA et al., 2020).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo 1 – Artigo 1

Compilar as informações disponíveis na literatura sobre a odontalgia e seus fatores associados em populações indígenas brasileiras.

3.2. Objetivo 2 – Artigo 2

Avaliar o impacto causado pelos problemas bucais na qualidade de vida e sua associação com dor dentária, perda dentária, necessidade de prótese, utilização de serviços odontológicos e características sociodemográficas na população indígena aldeada do município de Aracruz-ES.

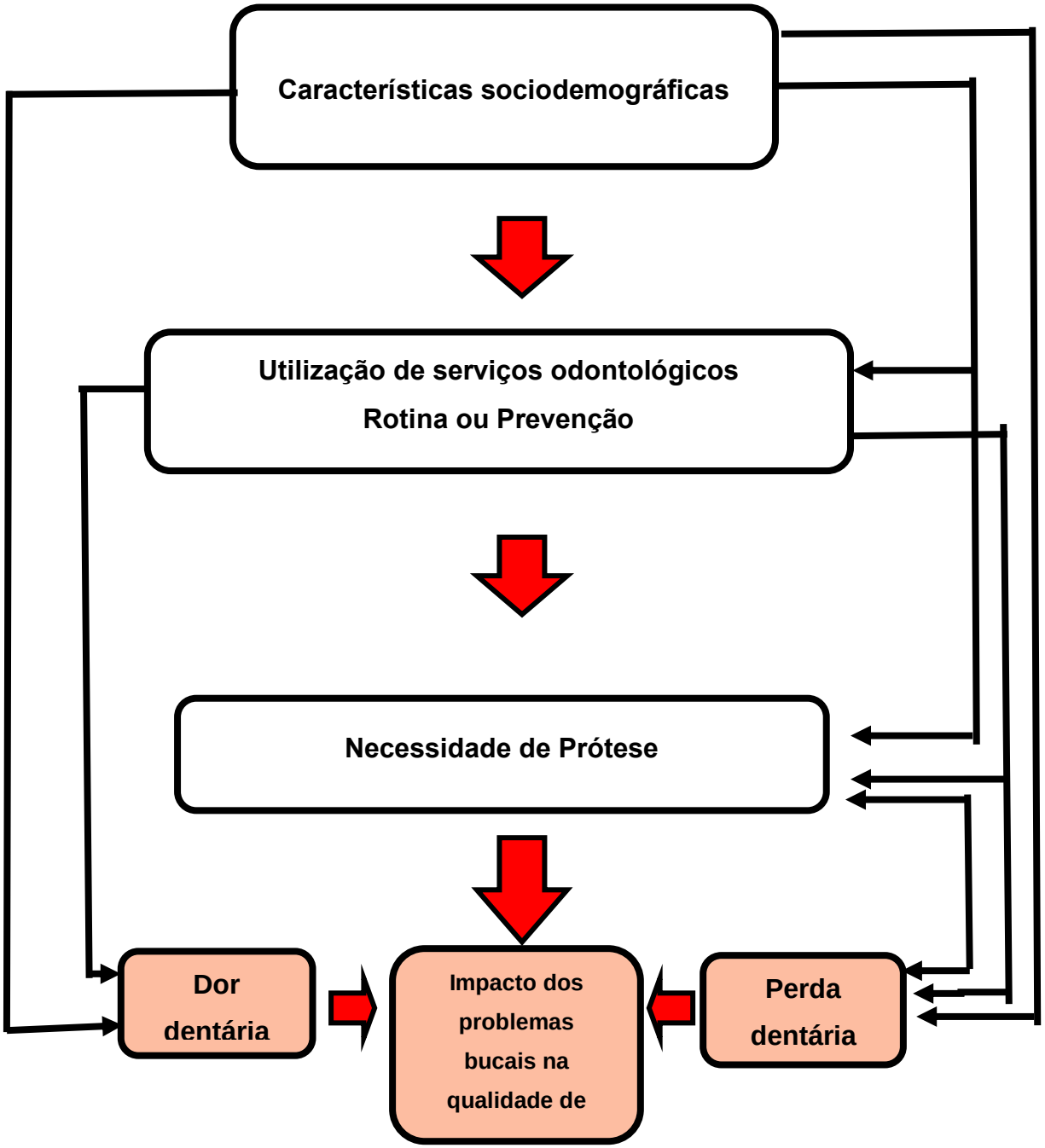
3.3. Objetivo 3 – Artigo 3

Analisar a existência de associação entre odontalgia, características sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos na comunidade indígena aldeada do município de Aracruz-ES.

3.4. Objetivo 4 – Artigo 4

Verificar a existência de associação entre perda dentária, necessidade de prótese, utilização de serviços odontológicos e características sociodemográficas na população indígena aldeada do município de Aracruz-ES.

4. Modelo Teórico



5. METODOLOGIA

Essa pesquisa representa a parte de saúde bucal da pesquisa que avaliou a Prevalência e incidência de doenças crônicas na população indígena do Espírito Santo, que tem como coordenador e pesquisador responsável o Prof. Dr. José Geraldo Mill (CCS/UFES), como pesquisadores principais o Prof. Dr. Alexandre Costa Pereira (Incor/USP – São Paulo), a Profa. Dra. Angélica Espinosa Miranda (NDI/UFES) e como pesquisadores colaboradores a Profa. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (PPGSC/UFES), o Prof. Dr. Enildo Broetto Pimentel (Depto. Ciências Fisiológicas/UFES) e a Profa. Dra. Maria Del Carmen Bisi Molina (Depto. Nutrição/UFES).

5.1 Caracterização da População estudada

De acordo com o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 a população indígena brasileira é de 817.963 indígenas, dos quais 502.783 vivem na zona rural e 315.180 residem nas zonas urbanas brasileiras, sendo que em todos os Estados da Federação, inclusive no Distrito Federal, existem povos indígenas (IBGE, 2010).

As aldeias estão localizadas numa reserva indígena com área de, aproximadamente, 18.000 hectares distante cerca de 80 km da capital Vitória, no município de Aracruz. Aproximadamente 5 mil pessoas residem atualmente (fevereiro de 2023) conforme informação fornecida pelo Serviço de Saúde Indígena. Existem duas áreas demarcadas nessa reserva, sendo que uma é maior (cerca de 15 mil hectares) na qual estão situadas 5 aldeias da etnia Guarani e 6 aldeias da etnia Tupiniquim. Em uma outra área da reserva situada na região litoral (Reserva de Comboios) está localizada apenas uma aldeia da etnia Tupiniquim.

Figura 2: Localização das terras indígenas de Aracruz

Fonte: http://temaindigena.blogspot.com/2011/03/mapa-das-terras-indigenas-do-espirito.html

5.2. Delineamento do estudo

O estudo é do tipo observacional transversal, que se caracteriza pela observação direta de determinado número planejado de indivíduos em um único momento (MEDRONHO, 2009).

5.3. População estudada e seleção dos indivíduos

A população indígena elegível (≥20 anos) para a pesquisa possui aproximadamente 2.950 pessoas, sendo que cerca de 90% são indígenas e os outros 10% são não indígenas (geralmente pessoas que se casam com indígenas e passam a residir nas aldeias).

Foi feita a divulgação do projeto na comunidade e, então todos os indivíduos elegíveis foram convidados por meio de contato pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde que trabalham nas 5 Unidades Básicas de Saúde que atendem à população

residente nas aldeias, tendo comparecido para realização dos exames previstos um total de 1.084 participantes.

5.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os indivíduos maiores de 20 anos e que eram moradores das aldeias Tupiniquim (Caieiras Velhas, Irajá, Comboios e Pau Brasil) e Guarani M'bya (Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraque-Açu) no Município de Aracruz, ES.

5.5. Critérios de exclusão

Os indivíduos que estavam acamados, com dificuldade importante de locomoção ou em tratamento oncológico ou com doenças agudas não foram alocados para a pesquisa. Mulheres grávidas (>3 mês) e em estágio de puerpério (até o 6º mês pós-parto) ou que estavam em período de amamentação não foram incluídas. Mas, assim que estavam fora dessa condição, foram convidadas a fazer parte do estudo.

5.6. Variáveis dependentes

- O impacto provocado por problemas bucais na qualidade de vida medido pelo indicador OHIP-14;

- Dor dentária;

- Perda dentária.

5.7. Variáveis independentes

Quadro 1 – Representação categórica das variáveis independentes da pesquisa

Grupo	Variável	Categoria	
Variáveis Socio demográficas	Sexo	Masculino Feminino	
	Idade	25 a 60 anos Maiores de 60 anos	
	Aldeia em que reside	Boa Esperança	Piraquê-açu
		Irajá	Areal
		Amarelos	Caieiras Velha
		Comboios	Córrego D'Ouro
		Olho d'agua	Nova Esperança
		Pau Brasil	Três Palmeiras
		Outra	
	Raça/cor	Indígena Branco Pardo Asiático Negro Outra	
	Etnia	Tupiniquim Guarani Outra	
	Escolaridade	Ensino fundamental incompleto Ensino fundamento completo Ensino médio ou técnico incompleto Ensino médio ou técnico Ensino superior incompleto Ensino superior completo Não sabe informar/recusa responder	
	Estado Civil	Casado ou vive com outra pessoa Solteiro Viúvo Sem informação/recusa em informar	

	Tipo de trabalho	Trabalho com carteira assinada ou no serviço público, etc Trabalho por conta própria (lavoura, comércio, serviços, etc) Desempregado Aposentado Trabalho em serviços de casa (cozinhar, limpar, etc) Outra situação
Variáveis de Saúde Bucal	Utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses	Sim Não
	Motivo da procura por cirurgião dentista (CD) nos últimos 12 meses	Urgência Tratamento de rotina Prevenção Não procurou
	Tipo de CD que atendeu	Dentista da prefeitura (SUS) Dentista particular Nenhum
	Situação da dentição	Dentado Desdentado total Não sabe??
	Necessidade de prótese parcial	Sim Não
	Necessidade de prótese total	Sim Não
	Ocorrência de dor dentária	Sim Não
	Presença de perda dentária	Sim Não

5.8. Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de questionários utilizando o método da entrevista padronizada em sala que apresentava condições de manutenção do sigilo durante visita à Clínica de Investigação Cardiovascular da UFES, em Vitória, no período entre setembro/2020 a julho/2022 em dias úteis (terça-feira a sexta-feira), no período da manhã com no máximo 6 entrevistados por dia. Coleta de sangue e urina em jejum e exames clínicos (antropometria, bioimpedância, pressão arterial e eletrocardiografia) faziam parte da rotina do atendimento no mesmo dia.

Os blocos de questionário são compostos de questões relacionadas a dados demográficos, hábitos de vida (consumo de tabaco e álcool), doenças autorreferidas, consumo de medicamentos, hábitos alimentares, escolaridade e atividades profissionais e laborais.

Rotina de coleta:

Em dia pré-agendado, 06 participantes compareceram à Clínica de Investigação Cardiovascular entre 07:00-07:30 h em jejum (10 a 14 h) para realização de exames e medidas.

- Avaliação da condição bucal

Foi realizada avaliação subjetiva da cavidade bucal dos participantes da pesquisa.

Foi utilizado o método da entrevista padronizada, que apresenta como vantagem melhora na taxa de resposta, para levantamento de dados sobre condição bucal, dor orofacial, perda dentária, necessidade de prótese parcial e total, utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses (ANEXO 3). Os indivíduos também foram convidados a responder o formulário OHIP-14.

- OHIP-14 (ANEXO 1)

Os participantes responderam ao formulário OHIP-14, desenvolvido para avaliar o impacto social de doenças orais, em uma escala de Lickert, na qual as respostas são codificadas em cinco categorias, formando uma série numérica ordinal. Ainda foi incluída uma sexta categoria para a resposta “não sabe”.

As respostas foram dicotomizadas da seguinte forma: para as respostas “frequentemente” e “sempre”, foram considerados indivíduos com impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida; já para as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca”, foram considerados indivíduos sem impacto.

- Dor dentária (ANEXO 2)

Os participantes da pesquisa responderam a um formulário validado com questões abertas e fechadas sobre odontalgia. As questões avaliam a ocorrência e a intensidade de dor de dente espontânea e provocada nos últimos 6 meses, também avaliam se em caso de ocorrência de odontalgia houve procura por serviços odontológicos (MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012).

- Perda dentária (ANEXO 3)

Foi respondido pelos indivíduos participantes do estudo um formulário validado contendo questões sobre perda dentária e expectativa em relação a essa perda. Esses questionamentos avaliaram a quantidade, a posição, as causas e os fatores que contribuíram para essas perdas dentárias, o sentimento e também a expectativa das pessoas em relação a reposição desses dentes perdidos (AGUIAR; OLIVEIRA; MIOTTO, 2022).

Coleta de dados clínicos

Foi realizado exame clínico visual após a conclusão da entrevista para coletar informações a respeito de perdas dentárias. O exame clínico visual foi realizado por uma CD e duas graduandas do curso de odontologia treinadas.

O exame obedeceu a uma padronização, respeitando a condição dos indivíduos, quanto às condições ambientais, ao local físico, critérios de diagnóstico e registro de dados do exame. O indivíduo esteve sentado de frente para o examinador que utilizou espátula de madeira e gaze para a realização do exame.

Tendo em vista que a coleta de dado ocorreu na vigência da pandemia da COVID-19, foram tomadas medidas rigorosas de proteção das examinadoras com uso de avental impermeável, máscara N95, gorro, óculos, faceshield e luvas descartáveis de procedimento. Os participantes usavam máscara cirúrgica durante a entrevista e

expunham a cavidade oral pelo tempo mínimo necessário para visualização das arcadas dentárias.

5.9. Apuração e análise dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados, montando tabelas de freqüência com número e percentual de cada um dos itens avaliados na pesquisa.

Os testes Qui-quadrado e/ou exato de Fisher foram utilizados para o cálculo das possíveis associações entre o OHIP, condição bucal, dor orofacial, perda dentária, utilização de serviços odontológicos e condições sociodemográficas. Foi adotado o nível de significância de 5%. O pacote estatístico Social Package for the Statistical Science (SPSS), versão 20, foi utilizado para análise.

Também foram utilizados os seguintes testes:
A força de associação entre evento e exposição foi avaliada utilizando o teste numérico da razão dos produtos cruzados (Odds Ration - OR), que mede a razão de chances de exposição entre casos (os que apresentam o evento nos grupos de estudo) e controle (os que não têm o evento).

Para o OR, foi determinado o intervalo de confiança (IC) de 95%. Como foram utilizados resultados dicotômicos (com impacto e sem impacto), as frequências observadas foram arranjadas em tabelas de duas entradas. Os dados foram separados em sete dimensões em cada tabela. Essa estratificação permite conhecer a frequência de impactos para cada dimensão, mas dificulta identificar a associação entre um preditor e a variável efeito para todas as dimensões combinadas.

Para resolver esse problema, quando se trabalha com dados dicotômicos, utiliza-se o método de Mantel-Haenzsel, que fornece um OR combinado entre os extratos das tabelas de duas entradas. O resultado das dimensões foi utilizado de modo combinado para avaliar a associação de um determinado predictor em relação às dimensões do impacto medidas pelo OHIP.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse projeto foi julgado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parecer de número 3.655.623 no dia 22 de outubro de 2019 e também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em parecer de número 3.828.655 no dia 09 de fevereiro de 2020.

Antes de a entrevista ser iniciada, cada entrevistado participou de uma explanação detalhada sobre os propósitos do estudo, inconvenientes e benefícios que seriam obtidos com a sua participação. Foi esclarecido que a participação no estudo é voluntária e o entrevistado tem direito a: recusa, abandono da entrevista quando desejar, não responder às questões específicas que julgar da sua conveniência. A anuência do participante será documentada e serão selecionados apenas indivíduos adultos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi norteada pelo princípio básico de garantir a não ocorrência ao participante de nenhum prejuízo ou benefício, desde que ele decida participar.

O entrevistado assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Res. CNS 466/12, portanto, a entrevistadora não induziu qualquer resposta, bem como não praticou qualquer tipo de pressão ou forneceu gratificação extra, em decorrência da participação do indivíduo na pesquisa. Os relatórios finais não contêm o nome do participante, não sendo possível resgatar as características individuais por nome.

A pesquisa procurou garantir, sempre que possível, que o seu fazer se traduza em benefícios à comunidade, segundo seus interesses. Os resultados do estudo serão comunicados às autoridades em saúde, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde da coletividade.

FINANCIAMENTO DA PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada com recursos da FAPES e do CNPQ (Pronex, Edital 24/2018).

Responsabilidade da pesquisadora

Atender ao participante da pesquisa, orientar-se pelas exigências éticas e científicas fundamentais que envolvam seres humanos. Respeitar a metodologia e o cronograma estabelecido no projeto.

Responsabilidade da instituição

Propiciar as condições necessárias para que seja realizada a pesquisa.

7. RESULTADOS

7.1 ARTIGO 1

ODONTALGIA E FATORES ASSOCIADOS EM POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Introdução: A situação epidemiológica de saúde oral das comunidades indígenas brasileiras é pouco conhecida. Além disso, existem evidências de desigualdades entre povos indígenas e não-índígenas no que diz respeito ao acesso a serviços de atenção à saúde bucal e a métodos de prevenção regulares, o que deixa as populações indígenas mais vulneráveis. **Objetivo:** Conhecer as informações disponíveis em fontes bibliográficas sobre a dor dentária e seus fatores associados em povos indígenas brasileiros. **Métodos:** Revisão crítica integrativa em que foi realizada uma pesquisa literária nas bases de dados: BVS englobando LILACS, MEDLINE e também Pubmed e Scielo. Foram utilizados os descritores em português e em inglês e para cruzamento das informações foi utilizado o operador boleano “AND”. **Resultados:** Após o término das buscas literárias nas bases de dados e em outras fontes os autores obtiveram 285 artigos, sendo que após as exclusões dos periódicos duplicados e dos artigos cujos títulos, resumos e textos não eram relacionados com o assunto pesquisado, foram incluídos 02 artigos na revisão. **Conclusão:** A população indígena adulta e adolescente quando comparada a população geral apresentou uma porcentagem maior de pessoas com odontalgia que foi associada com autopercepção de saúde bucal ruim.

Palavras-chave: Odontalgia. população indígena. saúde bucal

ABSTRACT

Introduction: The epidemiological situation of oral health in Brazilian indigenous communities is little known. In addition, there is evidence of inequalities between indigenous and non-indigenous peoples with regard to access to oral health care services and regular prevention methods, which makes indigenous populations more vulnerable**. Objective:** To know the information available in bibliographic sources about dental pain and its associated factors in Brazilian indigenous peoples. **Methods:** Integrative critical review in which a literary research was carried out in the databases: BVS encompassing LILACS, MEDLINE and also Pubmed and Scielo. The descriptors in Portuguese and English were used and the Boolean operator “AND” was used to cross the information. **Results:** After completing literary searches in the databases and other sources, the authors obtained 285 articles, and after the exclusions of duplicate journals and articles whose titles, abstracts and texts were not related to the researched subject, 02 were included articles in the review. **Conclusion:** The indigenous adult and adolescent population when compared to the general population showed a higher percentage of people with tooth pain that was associated with poor self-perception of poor oral health.

Keywords: Toothache. indigenous population. Oral Health

Introdução

É muito importante que existam dados atualizados que representem a situação atual e cotidiana das condições bucais dos povos indígenas para que possam ser adequadamente monitorados e para que o poder público possa garantir mais políticas públicas voltadas para esses povos[1].

A condição epidemiológica de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros é pouco conhecida. Além disso, existem evidências de desigualdades entre povos indígenas e não-índígenas no que diz respeito ao acesso a serviços de atenção à saúde bucal e a métodos de prevenção regulares, o que torna as populações indígenas mais vulneráveis, inclusive em relação à cárie e suas complicações[2].

Existe uma complexidade relacionada a saúde dos povos indígenas e as dificuldades para atingir a eficiência nos cuidados são inúmeras como o acesso às comunidades, a diversidade sociocultural e as especificidades de cada grupo étnico, a escassez de profissionais de saúde qualificados para essa atividade, também a estrutura organizacional dentre outras [3].

Em relação às condições de saúde oral, existem poucos estudos epidemiológicos disponíveis sobre populações indígenas brasileiras, e, na maior parte dos casos, são de comunidades indígenas que residem na região Norte do país. Além disso, existem povos indígenas com altos níveis de cárie dentária, enquanto outros apresentam baixos níveis, o que demonstra uma diversidade epidemiológica [2]. Entretanto, uma análise mais aprofundada sobre o tema não é possível devido ao fato desses estudos apresentarem metodologias diversas, terem sido realizados em momentos diferentes e em grupos específicos, bem como, pelos inquéritos de abrangência nacional realizados até o momento não incluírem a população indígena residente em terras indígenas[4].

Em populações indígenas os riscos para desenvolvimento da cárie aumentaram à medida que houve maior interação dessas populações com a sociedade geral[2]. Esse contato permanente com a população não indígena provocou transformações nos estilos de vida, nas formas de subsistência, e nos sistemas socioculturais desses povos provocando geralmente impactos negativos em sua saúde[2].

Em análises epidemiológicas nacionais realizadas, observou-se declínio nos indicadores de cárie dentária, porém pesquisas sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros sugerem uma tendência de aumento da prevalência de cárie, atribuída ao impacto causado pelas mudanças a serem implementadas, fatores socioculturais, econômicos e ambientais, além da falta de programas preventivos [5].

A Dor de origem dentária, é o tipo mais prevalente de dor orofacial que pode afetar os tecidos moles e duros da cavidade oral e da face. Essa condição pode prejudicar a qualidade de vida das pessoas, impactando no desempenho de suas atividades. [6].

Essa condição é motivo frequente de procura por serviços odontológicos e causa um impacto significativo na vida das pessoas e da sociedade, constituindo assim, um importante problema de saúde pública[7].

É necessário um melhor conhecimento sobre as condições de saúde bucal das diferentes comunidades indígenas do Brasil para que sejam elaboradas estratégias de atuação e de organização dos serviços de saúde[8]. Conforme o que foi exposto, essa revisão tem o objetivo de conhecer as informações disponíveis na literatura sobre a odontalgia e seus fatores associados em comunidades indígenas brasileiras.

Métodos

Essa é uma revisão integrativa em que foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) englobando as bases de dados LILACS, MEDLINE e também foram feitas buscas nas bases de dados Pubmed e Scielo. Para realizar essa pesquisa foram utilizados os descritores em português: Dor de dente, odontalgia, população indígena, índios, índios sul americanos e Brasil. Também foram utilizados os descritores em inglês: toothache, indigenous population, indians, Indians South American e Brazil. Foram feitos cruzamentos com os descritores referidos utilizando o operador boleano “AND” pois buscou-se artigos que estavam relacionados aos descritores em conjunto. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola e como critérios de exclusão: documentos de congresso, artigos de relato de caso e artigos de revisão de literatura tradicional.

Após a conclusão das buscas literárias nas bases de dados também foi feita busca por artigos relacionados ao tema dor dentária em população indígena brasileira no google acadêmico e também foi feita busca manual nas referências dos artigos encontrados na revisão.

Foi utilizado o software gerenciador de referências End Note Web para organizar as pesquisas bibliográficas feitas e também para excluir os artigos duplicados encontrados. Também foi utilizada uma modificação da estratégia PRISMA para seleção e inclusão dos artigos eleitos para essa revisão Integrativa.

No quadro 1 pode ser observada a estratégia de busca de artigos dessa Revisão Integrativa nas bases de dados.

Quadro 1- Estratégias de busca da Revisão Integrativa nas bases de dados

Descritores	BVS	Mesh termos	Pubmed	Mesh termos	Scielo
Dor de dente “AND” População Indígena “AND” Brasil	03	Toothache “AND” indigenous population “AND” Brazil	12	Toothache “AND” indigenous population “AND” Brazil	02
Dor de dente “AND” índios “AND” Brasil	02	Toothache “AND” in dians “AND” Brazil	04	Toothache “AND” ind ians “AND” Brazil	02
Dor de dente “AND” índios sul-americanos	02	Toothache “AND” Indians South American	03	Toothache “AND” Indians South American	02
Odontalgia “AND” População Indígena “AND” Brasil	02				
Total					34

Essa revisão foi feita por pares e na fase de identificação foram realizadas buscas utilizando os descritores e o operador boleano “AND”, pois a meta foi encontrar artigos que tratassem do tema odontalgia em população indígena brasileira de forma integral, uma vez que outros tipos de estratégias de busca teriam resultado em artigos não completamente relacionados ao assunto de interesse.

Foram incluídos todos os artigos que se relacionavam ao tema em inglês, português e espanhol, sendo excluídos documentos de congresso, artigos de revisão de literatura tradicional e artigos de estudo de caso clínico.

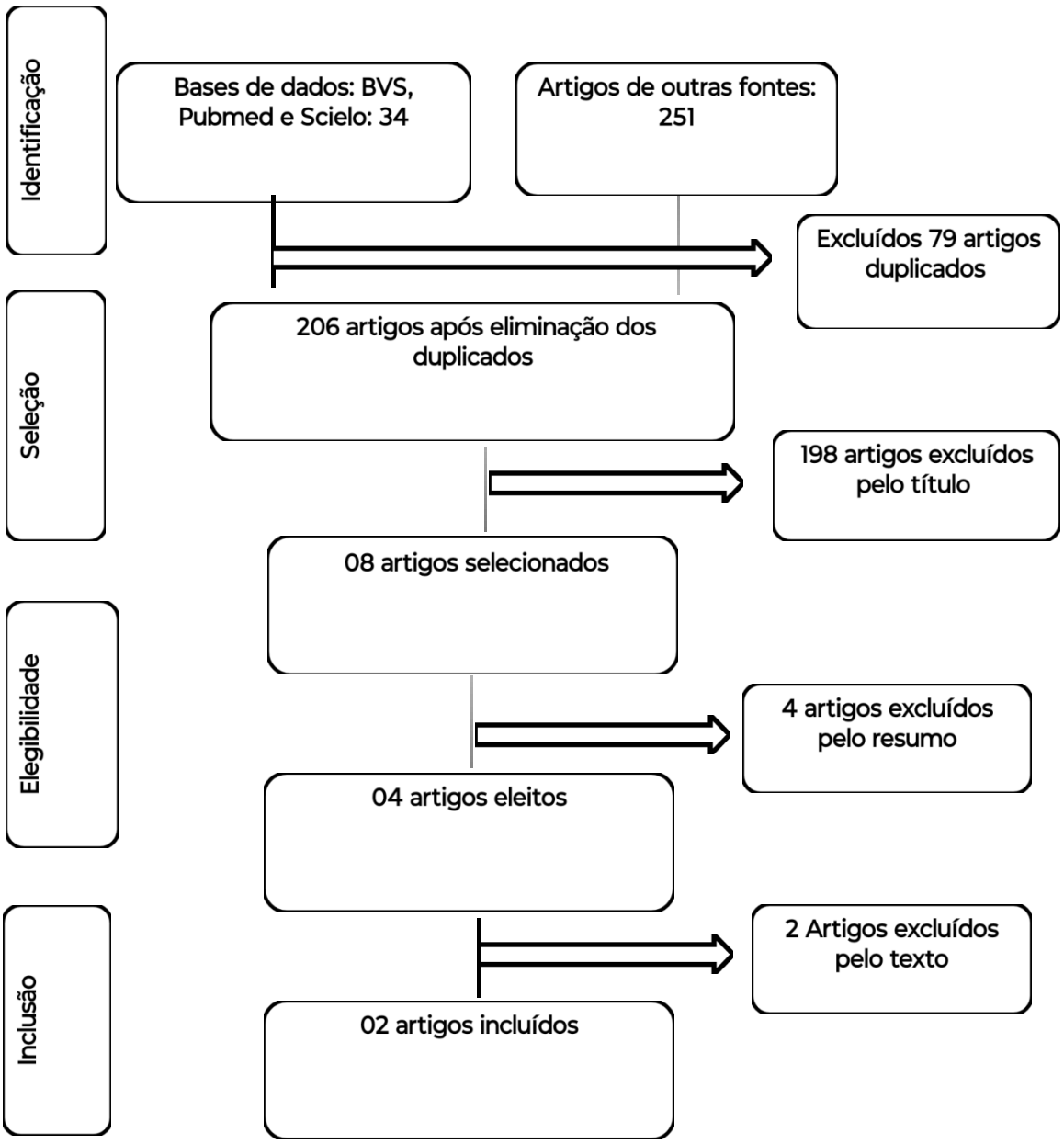
Na fase de seleção foram excluídos os artigos duplicados primeiramente e em seguida foi feita uma leitura cautelosa dos títulos que resultou na exclusão de artigos cujo título não tinha relação com o assunto estudado.

Na fase seguinte, de elegibilidade foi feita leitura cuidadosa dos resumos dos artigos e foram excluídos artigos cujos resumos demonstraram não estar relacionados com o tema da revisão. Nessa mesma fase foi feita leitura completa dos textos dos artigos, o que resultou na exclusão de artigos que não tratavam do assunto pesquisado.

Após essas fases foram obtidos os artigos incluídos nessa revisão integrativa.

A figura 1 demonstra o fluxograma referente as fases dessa Revisão Integrativa.

Figura 1 – Fluxograma demonstrando as fases da revisão integrativa



Resultados

Essa revisão integrativa foi concluída em janeiro de 2021, mas houve muita dificuldade para encontrar artigos sobre o tema pesquisado, o que é demonstrado na quantidade de artigos incluídos na revisão, portanto não foi feito nenhum tipo de restrição em

relação ao ano de publicação dos artigos incluídos na revisão e também dos artigos utilizados na construção desse manuscrito.

Após as buscas nas bases de dados e em outras fontes foram obtidos 285 artigos, dos quais 79 foram excluídos pois se tratavam de publicações duplicadas, após a leitura dos títulos foram excluídos mais 198 artigos, então foi feita a leitura dos resumos que resultou na exclusão de mais 4 artigos e posteriormente foi feita leitura do texto completo dos artigos restantes o que resultou na exclusão de mais 2 artigos que não tinham relação com o tema chegando ao final da revisão com 2 artigos contidos na estratégia principal de busca da revisão que foram incluídos.

Tabela 1 – Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa

Artigo[9]	1
Autor/Ano/Local	Maurício e Moreira (2014), Pernambuco
Objetivo	Avaliar os fatores associados com a ausência de cárie da comunidade indígena Xukuru do Ororubá na faixa etária de 10 a 14 anos, em Pesqueira Pernambuco
Materiais e métodos	Estudo transversal de base populacional realizado na localidade da Terra Indígena Xukuru no período de janeiro a março de 2010. Os exames bucais foram realizados em uma amostra aleatória de 233 indígenas.
Resultados	Observou-se que 26,61% dos indígenas que se encontram na faixa etária de 10 a 14 anos estão livres de cárie. As variáveis, maior renda per capita (Bloco 2), não deixar de dormir devido a problemas bucais (Bloco 4), nunca ter ido ao dentista (Bloco 5), não ocorrência de dor de dente e não necessitar de tratamento odontológico (Bloco 6) apresentaram associação positiva com ausência de cárie.
Conclusão	Aspectos contextuais e individuais do povo Xukuru do Ororubá estão associados à ausência de cárie na faixa etária de 10 a 14 anos.
Artigo[10]	2
Autor/Ano/Local	Arantes e Frazão (2018), Mato Grosso do Sul
Objetivo	Avaliar se sintomas bucais subjetivos e clínicos estavam associados à auto avaliação de saúde bucal em 4 diferentes comunidades indígenas (Kaiwo, Kadiw, Terena e Guarani) do Centro-Oeste do Brasil
Materiais e métodos	Estudo transversal de base populacional realizado entre 2012 e 2014 avaliando a condição de saúde bucal de 4 etnias de povos indígenas no estado do Mato Grosso do Sul nas faixas etárias de 15-19 e 35-44 anos. Foi utilizada a metodologia de amostragem estratificada para garantir que fosse selecionado um número mínimo de indivíduos de cada etnia, resultando em uma amostra de 682 indivíduos.
Resultados	A prevalência de odontalgia encontrada foi de 32,9% e estava associada com autopercepção de saúde bucal ruim.
Conclusão	Sintomas orais como dor dentária e dificuldade para falar devido a problemas nos dentes desempenham um papel importante na auto avaliação da saúde bucal.

Conforme demonstrado na Tabela 1, nessa revisão foram incluídos dois artigos publicados nos anos de 2014 e 2018, sendo que um foi publicado em uma revista de epidemiologia e outro em uma revista de saúde oral. Quanto aos locais em que as pesquisas foram realizadas, um estudo foi realizado na região Nordeste e outro na região Centro-Oeste e as duas pesquisas possuem desenhos transversais de base populacional.

Os objetivos dos estudos incluídos são diferentes, entretanto os dois artigos avaliam condições normativas e subjetivas relacionadas à saúde bucal de populações indígenas.

Em relação a metodologia o artigo 1 avalia a faixa etária entre 10 e 14 anos (indivíduos adolescentes) e o artigo 2 avalia faixas etárias entre 15-19 e 35-44 anos (indivíduos adolescentes e adultos) e as etnias dos povos estudados são diferentes o que dificulta comparações entre os estudos.

Nos resultados pode-se observar que em ambos os artigos a dor dentária aparece como variável independente e não de desfecho, sendo que no artigo 1 a não ocorrência de odontalgia é associada a ausência de cárie dentária e no artigo 2 foi encontrada uma prevalência de dor dentária de 32,9% que estava associada à autopercepção de saúde bucal ruim.

Discussão

As condições orais têm múltiplos elementos causadores que têm relação com diversos fatores socioeconômicos e que são mais visíveis entre os povos indígenas devido as suas condições de vida precárias e peculiares. As comunidades indígenas em todo o mundo têm uma saúde bucal significativamente pior, e as desigualdades no acesso aos cuidados dentários são atribuídas, em grande parte, a determinantes sociais da saúde[2]. Uma comparação da magnitude de iniquidades entre populações indígenas e não indígenas do Brasil, da Austrália e da Nova Zelândia mostrou que, independentemente do país, os indivíduos indígenas têm pior condição de saúde oral[11].

No artigo 2 observou-se que praticamente um terço (32,9%) da população indígena do Centro-Oeste do Brasil já sentiu dor dentária, o que demonstra uma situação bem desigual relacionada à saúde bucal indígena, visto que a população não indígena apresenta prevalências de odontalgia menores em todas as faixas etárias, o que pode ser observado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no Brasil em 2010 (SB Brasil 2010), última pesquisa de saúde bucal realizada com toda a população brasileira, que demonstrou as seguintes porcentagens de frequência de dor dentária, 24,7% de 15-19 anos e 27,5% de 35-44 anos[4].

No artigo 1 foi observado que 26,61% dos indígenas que se encontravam na faixa etária de 10 a 14 anos estavam livres de cárie, e que a não ocorrência de dor de dente apresentou associação positiva com ausência de cárie. Quando esse resultado relacionado à cárie é comparado com os resultados do SB Brasil 2010, mais uma vez pode ser observada uma situação de condição bucal desfavorável das comunidades indígenas, pois foi encontrada uma porcentagem de 43,5% de adolescentes livres de cárie aos 12 anos de idade na população geral.

Existe evidência de que a dor de dente é mais frequente em indivíduos com experiência de cárie mais elevada, pois a cárie, as doenças periodontais e o traumatismo dentário são os principais agravos de saúde bucal que levam a episódios de odontalgia[12], portanto nas comunidades indígenas existe um número maior de pessoas com dor de dente, o que demonstra o quanto essa população vem sendo negligenciada nas questões relacionadas a cuidados de saúde bucal.

Os resultados do artigo 2 mostraram que a odontalgia estava associada com a autopercepção de saúde bucal ruim e os autores também perceberam que a dor de dente e a dificuldade referida para falar eram mais relevantes do que a mastigação para a auto avaliação da saúde oral na amostra. A dor dentária é uma fonte importante de sofrimento humano com impactos negativos no desempenho diário e na qualidade de vida das pessoas [10].

Um indicador cada vez mais utilizado em estudos epidemiológicos é a auto avaliação subjetiva, que é considerada uma medida legítima do estado geral de saúde, bem como uma ferramenta de avaliação de saúde válida, confiável e econômica para utilização em grupos populacionais [10].

Existe uma grande quantidade de evidências que aponta associações entre este indicador e outras medidas de saúde como características socioeconômicas, psicológicas e demográficas, entretanto poucas pesquisas foram realizadas entre grupos étnicos específicos, populações minoritárias ou indígenas. Grupos populacionais indígenas e minorias normalmente avaliam sua saúde de forma menos favorável do que seus respectivos grupos maioritários ou dominantes da população [10].

Durante essa revisão houve dificuldade para encontrar artigos que tratassem do tema pesquisado, o que torna clara a escassez de estudos sobre esse assunto. As pesquisas dos dois artigos foram realizadas em grupos étnicos específicos, com faixas etárias e metodologias diferentes, o que torna difícil comparações entre os estudos e demonstra a importância da realização de mais investigações científicas sobre dor dentária, para melhor conhecimento dos problemas bucais nessa população facilitando, dessa forma, o planejamento de estratégias para melhorar as condições de saúde bucal e qualidade de vida desses povos.

A formulação de uma política nacional para saúde do índio vem sendo discutida de maneira mais específica desde a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do índio, que ocorreu em 1986. Caminhos que foram apontados pelas I e II Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas consolidaram-se somente em 1999, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) [13].

Esta proposta determina que o modelo adotado para a atenção de saúde das comunidades índígenas deve ser baseado em uma abordagem diferenciada e global, contemplando aspectos da assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional"[13]. Além disso, estabelece que o Estado deve proporcionar os meios necessários para as comunidades indígenas melhorarem e exercerem o controle sobre sua saúde, e não simplesmente fornecer serviços médicos[13].

Há, entretanto, uma notável carência de dados que permitam, mesmo de forma geral, uma aproximação das condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil. É de fundamental importância que condições locais sejam minimamente caracterizadas para a implantação de um programa de saúde bucal. Sem o conhecimento prévio da

situação de saúde bucal não é possível estabelecer metas para os programas e, consequentemente, não é possível avaliar a efetividade dos mesmos[13].

Uma questão fundamental para implementação dos programas de saúde oral nos DSEIs é a necessidade de priorizar a dimensão preventiva, que deverá estar intimamente integrada a ações educacionais. Para serem bem-sucedidos, programas comunitários de saúde e educação deverão levar em consideração o contexto sociocultural, político e econômico de cada comunidade, algo que demanda cuidadoso planejamento e continuidade das ações ao longo do tempo[13].

As condições de saúde dos povos indígenas em todo o mundo tendem a ser precárias.

Existem muitos problemas de acesso aos serviços de saúde como: níveis baixos de escolaridade e situação econômica, marginalização e desigualdades sociais que levam a uma maior vulnerabilidade social, que se apresenta expressa em indicadores de saúde piores do que nas populações não indígenas[11].

Padrões étnicos e culturais na utilização de serviços de saúde bucal estão associados a percepções de necessidades de tratamento e a auto avaliação de saúde bucal, portanto melhorias nas condições de saúde bucal entre povos indígenas requerem políticas de saúde que reduzam barreiras e aumentem a disponibilidade de serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em território brasileiro, a estruturação de serviços de atenção primária à população indígena deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas que estabelece políticas e mecanismos institucionais para uma atenção diferenciada à saúde, que não pressupõe uma incorporação mecânica das práticas tradicionais aos serviços de saúde, mas favorece o fortalecimento dos vínculos entre os serviços de atenção primária e as práticas indígenas existentes de autocuidado[10].

Conclusão

Praticamente um terço da população indígena do Centro-Oeste do Brasil já sentiu dor dentária, o que demonstra uma situação bem desigual relacionada à saúde bucal indígena, visto que a porcentagem de pessoas que já sentiu dor de dente na população não-indígena é menor.

Foi observado que menos adolescentes das comunidades indígenas se encontram livres de cárie quando comparado aos adolescentes da população em geral, e a odontalgia é mais frequente em indivíduos com mais experiência de cárie dentária.

A odontalgia foi associada com a autopercepção de saúde bucal ruim e os autores também perceberam que a dor de dente e a dificuldade referida para falar eram mais relevantes do que a mastigação para a auto avaliação da saúde oral na amostra.

Referências

1. Sousa B, Mittmann R, Silva M. Saúde Bucal dos povos indígenas do Brasil. Original Article, J. Business Techn. 2019; 9(1): 3-20.

2. Baldisserotto J, Ferreira AM, Warmling CM. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. Cad. Saúde Colet., 2019; 27(4): 468-75.

3. Lima KER, Gondim GF, Santana GS, Silva FGO, Silva CHF. Atenção à saúde bucal dos povos indígenas no brasil: uma revisão integrativa. Braz. J. of Develop., 2020; 6(4): 18704-713, apr.

4.Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acessado 11 dez 2020.

5. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Coelho CC, Campos JNS, Narvai PC. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013, Epidemiol. Serv. Saude, 2018; 27(1): e20171725.

6. Alves WA, Furtado KKFA, Silva DF, Sousa JNL, Albuquerque ACL. Automedicação frente à odontalgia: revisão de literatura. Revista Saúde & Ciência online, 2018; 7(3): 77-89.

7. Massoni ACLT, Porto É, Ferreira LRBO, Gomes MNC, Granville-Garcia AF, D'Avila S. Dor de dentes e fatores associados entre adolescentes de um município de grande

porte populacional no Nordeste brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(2):673-82.

8.Brasil, Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos povos Indígenas - projeto técnico, versão consulta pública, Brasília, 2017.

9.Maurício HA, Moreira RS. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. Rev Bras Epidemiol 2014; 787-00.

10.Arantes R, Frazão P. Subjetivo oral symptoms associated with self-rated oral health amont Indigenous groups in Central-West Brazil. Community Dent Oral Epidemiol. 2018; 1-8.

11.Schuch HS, Haag DG, Kapellas K. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. Community Dent Oral Epidemiol. 2017; 45:434-41.

12. Echeverria MS, Dumith SC, Silva AER. Prevalência e fatores associados a dor dentária – estudo de base populacional com adultos e idosos do sul do Brasil. Rev Odontol UNESP. 2020;49:e20200039. https://doi.org/10.1590/1807- 2577.03920.

13. Arantes R. Saúde Bucal dos Povos Indígenas do Brasil e o caso dos Xavante do Mato Grosso [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz; 2005.

7.2 ARTIGO 2

PERCEPÇÃO DE IMPACTO DOS PROBLEMAS BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA EM POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO

Resumo

Objetivo: avaliar a percepção de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida e a associação com características sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese removível em população indígena aldeada do município de Aracruz – Espírito Santo. **Metodologia:** Estudo transversal no qual 1084 indígenas Guarani e Tupinikin foram avaliados em relação ao impacto dos problemas bucais na qualidade de vida utilizando o roteiro perfil do impacto de saúde bucal (OHIP-14), características sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese dentária. **Resultados:** Indivíduos com idade até 50 anos (OR=1,9), com necessidade declarada de prótese parcial removível (OR=2,5) e sem necessidade de prótese total removível (OR=2,3) relataram maior percepção de impacto. **Conclusões:** A prevalência de impacto na qualidade de vida foi de 45,7% associada à faixa etária, a necessidade de prótese parcial removível e a não necessidade de prótese total removível. É fundamental que o cirurgião dentista (CD) tenha conhecimento das competências culturais e transcenda os limites de um modelo assistencialista, privilegiando a promoção de saúde com o olhar voltado à coletividade, respeitando e também valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde Bucal. População indígena

Abstract

Objective: to evaluate the perception of the impact of oral problems on quality of life and the association with sociodemographic characteristics, use of dental services and need for removable prostheses in an indigenous population living in the municipality of Aracruz - Espírito Santo. Methodology: Cross-sectional study in which 1084 Guarani and Tupinikin indigenous people were evaluated regarding the impact of oral problems on quality of life using the oral health impact profile script (OHIP-14), sociodemographic characteristics, use of dental services and need for prosthesis dental. Results: Individuals aged up to 50 years (OR=1.9), with a declared need for a removable partial denture (OR=2.5) and without a need for a complete removable denture (OR=2.3) reported a greater perception of impact. Conclusions: The prevalence of impact on quality of life was 45.7% associated with age, the need for a removable partial denture and the lack of a complete removable denture. It is essential that the dental surgeon (DC) is aware of cultural skills and transcends the limits of a care model, favoring health promotion with a focus on the community, respecting and also valuing the social and cultural aspects of indigenous peoples.

Keywords: Quality of life. Oral Health. indigenous population

Introdução

A saúde bucal é considerada um ponto essencial na garantia do bem-estar do indivíduo, estando inserida no contexto de saúde geral interferindo, dessa forma, na qualidade de vida, extrapolando então o conceito de manter os dentes saudáveis[1].

Os indicadores normativos não têm a capacidade de captar os agravos, tais como dor, interferências na mastigação e na autoestima, sendo esses aspectos medidos por meio de questionários que medem o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. Assim, com o intuito de reconhecer o impacto das doenças bucais na vida cotidiana das pessoas, o termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal vem sendo utilizado por pesquisadores[1].

A maneira como a qualidade de vida é influenciada pela saúde bucal tem sido amplamente investigada utilizando índices que avaliam as percepções funcionais e sociais do indivíduo, permitindo a compreensão dos sentimentos, a autopercepção da condição de saúde bucal e as expectativas em relação ao tratamento da população[2].

Qualidade de vida tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial, podendo ser definida como uma noção eminentemente humana. Prevê a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados que, por sua vez, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade[3].

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de suas atividades diárias. Tem-se observado, assim, um interesse crescente, por parte dos pesquisadores, em quantificar as consequências de uma doença que afete a rotina de seu portador[4].

O Oral Health Impact Profile (OHIP-14) foi desenvolvido na Austrália com o objetivo de identificar o impacto que os problemas bucais provocam na qualidade de vida, sendo constituído por um questionário de 14 questões. As questões são respondidas utilizando a escala de lickert, abrangendo os domínios limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, social e deficiência na realização de atividades cotidianas[6].

De acordo com os autores, o OHIP-14 foi capaz de detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento[5]. Alguns autores fizeram a adaptação transcultural e a validação do OHIP-14 para a língua portuguesa[6].

As diferenças em saúde são uma expressão das desigualdades e iniquidades que exigem “um julgamento ético a respeito de quais condições são consideradas inaceitáveis”. Além disso, refletem a carga desproporcional de doenças “entre segmentos da população, incluindo diferenças que ocorrem por características sociodemográficas, raça ou etnia, escolaridade e renda”, sendo que as disparidades encontradas na parte de saúde oral podem ser vistas como diferenças desiguais e injustas na condição de saúde bucal e no acesso a atendimento odontológico[7], como as desigualdades encontradas entre povos indígenas e não indígenas.

Embora várias pesquisas tenham documentado a precariedade e a deterioração da saúde bucal dos indígenas, alguns autores argumentam que deveria haver uma melhor investigação dessa situação devido às profundas mudanças socioeconômicas e ambientais pelas quais os povos indígenas vêm passando, incluindo atividades de subsistência e alimentação, fatores que certamente alteram as condições de saúde bucal[8].

Além disso, as consequências causadas pelo contato Inter étnico ainda são pouco exploradas. A literatura científica que descreve o perfil de saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras é escassa e focada principalmente na prevalência de cárie dentária em faixas etárias restritas de determinados grupos étnicos[8].

A avaliação subjetiva se tornou um aporte crítico essencial na identificação de grupos populacionais em situação vulnerável, como as comunidades indígenas, pois na literatura está bem estabelecida a associação entre a auto percepção negativa da saúde bucal e as condições clínicas orais (presença de doenças bucais, danos teciduais, dor, comprometimento funcional e estético), fatores psicossociais e socioeconômicos, demográficos e comportamentais desfavoráveis, visto que esses grupos necessitam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas[9]. Tendo em vista a escassez de dados nesta área em relação à população indígena, o objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção do impacto dos problemas bucais na qualidade de vida de indígenas residentes no Município de Aracruz – Espírito Santo.

Metodologia

Foi realizado estudo transversal que analisou a prevalência e incidência de doenças crônicas na população adulta indígena aldeada no Município de Aracruz, Espírito Santo.

As aldeias se situam na reserva indígena de Aracruz, ocupando uma área de cerca de 18.000 hectares no litoral norte do estado, cerca de 80 km da capital, Vitória. A população abrange um contingente aproximado de 5 mil pessoas segundo informação colhida junto ao Serviço de Saúde Indígena em fevereiro de 2023.

A reserva está dividida em duas áreas demarcadas, uma maior (cerca de 15 mil hectares) onde se situam 5 aldeias da etnia Guarani e 6 aldeias da etnia Tupiniquim. A outra área da reserva situa-se no litoral (Reserva de Comboios) onde existe apenas uma aldeia da etnia Tupiniquim.

A população elegível (≥20 anos) é composta por cerca de 2.950 pessoas, sendo que cerca de 90% são indígenas e os outros 10% são não indígenas (geralmente pessoas que se casam com indígenas e passam a viver nas aldeias). Após a divulgação do projeto na comunidade, todos os elegíveis foram convidados por meio de contrato pessoal com os agentes comunitários de saúde sendo que 1.084 compareceram para a realização dos exames e entrevistas realizados em Vitória em dia previamente agendado.

A coleta de dados foi feita por meio de questionários utilizando o método da entrevista pessoal padronizada, em sala com condições de manutenção da privacidade dos indivíduos durante visita à Clínica de Investigação Cardiovascular do Centro de Ciências da Saúde da UFES. Em dias de terça-feira, quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira durante o período da coleta de dados 06 participantes se deslocavam em veículo que atendia ao projeto até a Clínica chegando entre 07:00-07:30 h em jejum (10 a 14 h) para realização de exames e medidas. O período de exames foi entre setembro de 2020 e julho de 2022.

As variáveis independentes dessa pesquisa foram dados sociodemográficos, escolaridade, utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses, necessidade de prótese.

A variável dependente foi o escore do OHIP considerando as sete dimensões do impacto na qualidade de vida. Foi utilizada a escala de frequência do tipo lickert de cinco pontos, para codificação das respostas, sendo que as respostas 'sempre' e 'frequentemente' no questionário foram consideradas 'com impacto na qualidade de vida' e as respostas 'às vezes', 'raramente' ou 'nunca' foram consideradas como 'sem impacto'. Portanto os resultados foram avaliados de forma dicotômica.

Ao final da entrevista foi também feito exame clínico visual da cavidade oral por uma CD e duas graduandas do curso de Odontologia treinadas para coletar informações a respeito de perdas dentárias. O exame obedeceu a uma padronização, respeitando a condição dos indivíduos, quanto às condições ambientais, ao local físico, critérios de diagnóstico e registro de dados do exame. O indivíduo esteve sentado de frente para o examinador que utilizou espátula de madeira e gaze para a realização dos mesmos.

Tendo em vista que a coleta de dados ocorreu na vigência da pandemia da COVID-19, foram tomadas medidas rigorosas de proteção das aferidoras com uso de avental impermeável, máscara N95, gorro, óculos, faceshield e luvas de procedimento descartáveis. Os participantes usavam durante a entrevista máscara cirúrgica e expunham a cavidade oral pelo tempo mínimo necessário para visualização das arcadas dentárias.

As diferenças entre os grupos foram avaliadas utilizando os testes qui-quadrado e o exato de Fischer para cada variável independente e as sete dimensões do OHIP. Para avaliar a força de associação entre exposição e evento foi calculado o Odds-ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Dessa forma, foi possível conhecer a frequência de impacto por dimensão, mas dificultou o conhecimento da associação entre um preditor e a variável efeito para todas as dimensões combinadas. Visando resolver essa situação foi utilizado o método Mantel-Haenzsel.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFES em 22 de outubro de 2019 em parecer de

número 3.655.623 e também foi julgado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 9 de fevereiro de 2020 em parecer de número 3.828.655.

Resultados

Foram avaliados 1084 participantes corresponde a 37%, da população aldeada com mais de 20 anos de idade. Essa amostra, entretanto, foi composta de proporções semelhantes à estrutura demográfica da população total em termos de idade, garantindo um grande poder amostral para prevalência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida que são em grande parte definidos também pela faixa etária das pessoas.

Em relação aos dados sociodemográficos observou-se que a maioria era do sexo feminino (57,7%), com idade até 30 anos (27,5%), casados (61,1%), com ensino médio completo (36,9%). Um total de 88,6% dos participantes se declararam 'indígenas', sendo a maioria deles da etnia Tupinikin. (Tabela 1).

Os participantes desse estudo também responderam a perguntas sobre utilização, tipo de serviço odontológico mais procurado. O serviço odontológico mais procurado foram os tratamentos de rotina e prevenção (51,6%), seguido pelo tratamento de urgência (11,6%). Em relação ao impacto na qualidade de vida observou-se que os indígenas que procuraram o serviço odontológico por motivo de rotina/prevenção tiveram maior impacto quando comparados com quem utilizou o serviço por motivo de urgência.

O tipo de serviço odontológico mais utilizado foi o serviço oferecido pelo Serviço Único de Saúde (SUS) 57,6%, seguido pelo particular 30,0%.

Tabela 1. Dados demográficos de indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Masculino	459	42,3
Feminino	625	57,7
Faixa etária		
Até 30 anos	298	27,5
31 – 40 anos	265	24,5
41 – 50 anos	213	19,6
51 – 60 anos	166	15,3
50 anos ou mais	142	13,1
Estado civil		
Casado/Vive com conjugue	662	61,1
Solteiro	382	35,2
Viúvo	37	3,4
Divorciado	3	0,3
Escolaridade		
Analfabeto	55	5,1
Ensino fundamental incompleto	293	27,0
Ensino fundamental completo	166	15,3
Ensino médio incompleto	57	5,3
Ensino médio completo	400	36,9
Ensino superior incompleto	62	5,7
Ensino superior completo	51	4,7
Raça		
Indígena	972	88,6
Branca	37	3,4
Negra	14	1,3
Parda	57	5,3
Amarela	2	0,2
Outra	2	0,2
Etnia		
Tupiniquim	864	79,7
Guarani	96	8,9
Outra	13	1,2
Não indígena	111	10,2
Total	1.084	100,0

Ao ser analisada a variável faixa etária percebeu-se que houve significância estatística nas dimensões limitação funcional (OR=3,322, IC95%=2,338 – 4,721), dor física (OR=2,020, IC95%=1,508 – 2,706), desconforto psicológico (OR=1,394, IC95%=1,033-1,881), incapacidade física (OR=2,092, IC95%=1,441-3,036), incapacidade psicológica (OR=1,543, IC95%=1,119-2,128), deficiência (OR=2,156, IC95%=1,450-3,205). No teste Mantel-Haenszel (OR=1,983, IC95%=1,517-2,591), para os indivíduos com até 50 anos. A dimensão limitação funcional apresentou

impacto para os indivíduos com 51 anos ou mais (OR=3,322, IC95%=2,338-2,706), (Tabela 2).

Tabela 2. Impacto causado por problemas bucais segundo a faixa etária, por indígenas participantes da pesquisa

Dimensão	Até 50 anos		51 anos ou mais		Sig.	OR LI - LS
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	73	48,0	79	52,0	0,000	3,322
Sem impacto	703	75,4	229	24,6		2,338 – 4,721
Dor física						
Com impacto	160	60,2	106	39,8	0,000	2,020
Sem impacto	616	75,3	202	24,7		1,508 – 2,706
Desconforto psicológico						
Com impacto	173	66,3	88	33,7	0,019	1,394
Sem impacto	603	73,3	220	26,7		1,033 – 1,881
Incapacidade física						
Com impacto	76	57,1	57	42,9	0,000	2,092
Sem impacto	700	73,6	251	26,4		1,441 – 3,036
Incapacidade psicológica						
Com impacto	132	64,1	74	35,9	0,006	1,543
Sem impacto	644	73,3	234	26,7		1,119 – 2,128
Incapacidade social						
Com impacto	21	58,3	15	41,7	0,058	1,841
Sem impacto	755	72,0	293	28,0		0,936 – 3,619
Deficiência						
Com impacto	64	56,1	50	43,9	0,000	2,156
Sem impacto	712	73,4	258	26,6		1,450 – 3,205
Mantel-Haenszel					0,000	1,983 1,517 – 2,591

Os resultados mostraram que em relação a variável necessidade de uso de prótese total removível foram significantes as seguintes dimensões: limitação funcional (OR=4,798, IC95%=3,237– 7,113), dor física (OR=2,437, IC95%=1,699 – 3,496), incapacidade física (OR=2,125, IC95%=1,361-3,318), deficiência (OR=2,016, IC95%=1,252-3,246). No teste Mantel-Haenszel (OR=2,384, IC95%=1,667-3,409), para as pessoas que não necessitam de PTR (Tabela 3).

Tabela 3. Impacto causado por problemas bucais, segundo a necessidade do uso Prótese Total Removível (PTR), por indígenas participantes da pesquisa.

Dimensão	Precisa		Não precisa		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		LI - LS
Limitação funcional						
Com impacto	54	35,5	98	64,5	0,000	4,798
Sem impacto	96	10,3	836	89,7		3,237 – 7,113
Dor física						
Com impacto	61	22,9	205	77,1	0,000	2,437
Sem impacto	89	10,9	729	89,1		1,699 – 3,496
Desconforto psicológico						
Com impacto	37	14,2	224	85,8	0,463	1,038
Sem impacto	113	13,7	710	86,3		0,695 – 1,549
Incapacidade física						
Com impacto	31	23,3	102	76,7	0,001	2,125
Sem impacto	119	12,5	832	87,5		1,361 – 3,318
Incapacidade psicológica						
Com impacto	30	14,6	176	85,4	0,406	1,077
Sem impacto	120	13,7	758	86,3		0,699 – 1,659
Incapacidade social						
Com impacto	9	25,0	27	75,0	0,050	2,144
Sem impacto	141	13,5	907	86,5		0,988 – 4,654
Deficiência						
Com impacto	26	22,8	88	77,2	0,004	2,016
Sem impacto	124	12,8	846	87,2		1,252 – 3,246
Mantel-Haenszel					0,000	2,384 1,667 – 3,409

Quando foi analisada a variável necessidade de utilização de prótese parcial removível houve impacto em todas as dimensões do OHIP: limitação funcional (OR=3,555, IC95%=2,483 – 5,089), desconforto psicológico (OR=2,190, IC95%=1,650-2,905), incapacidade física (OR=2,517, IC95%=1,740-3,640), incapacidade psicológica (OR=2,857, IC95%=2,093-3,899), Incapacidade social (OR=2,343, IC95%=1,194-4,598), deficiência (OR=2,908, IC95%=1,951-4,336). No teste Mantel-Haenszel (OR=2,538, IC95%=1,974-3,264), para os indivíduos que necessitam de PPR (Tabela 4).

Exceto na dimensão dor física (OR=1,735, IC95%=1,311 – 2,296), que houve maior impacto nos indivíduos que não necessitavam de PPR.

Tabela 4. Impacto causado por problemas bucais, segundo a necessidade do uso Prótese Parcial Removível (PPR), por indígenas participantes da pesquisa.

Dimensão	Precisa		Não precisa		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		LI - LS
Limitação funcional						
Com impacto	98	64,5	54	35,5	0,000	3,555
Sem impacto	315	33,8	617	66,2		2,483 – 5,089
Dor física						
Com impacto	128	48,1	138	51,9	0,000	1,735
Sem impacto	285	34,8	533	65,2		1,311 – 2,296
Desconforto psicológico						
Com impacto	137	52,5	124	47,5	0,000	2,190
Sem impacto	276	33,5	547	66,5		1,650 – 2,905
Incapacidade física						
Com impacto	77	57,9	56	42,1	0,000	2,517
Sem impacto	336	35,3	615	64,7		1,740 – 3,640
Incapacidade psicológica						
Com impacto	121	58,7	85	41,3	0,000	2,857
Sem impacto	292	33,3	586	66,7		2,093 – 3,899
Incapacidade social						
Com impacto	21	58,3	15	41,7	0,010	2,343
Sem impacto	392	37,4	656	62,6		1,194 – 4,598
Deficiência						
Com impacto	70	61,4	44	38,6	0,000	2,908
Sem impacto	343	35,4	627	64,6		1,951 – 4,336
Mantel-Haenszel					0,000	2,538
						1,974 – 3,264

A prevalência de impacto geral foi de 45,7%, com 495 indígenas que declararam impacto dos problemas bucais na qualidade de vida, sendo que as dimensões dor física (24,5%) e desconforto psicológico (24,1%) apresentaram as maiores porcentagens de impacto (Tabela 5).

Tabela 5. Impacto geral causado por problemas bucais nos indígenas participantes da pesquisa.

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Dor física	266	24,5	818	75,5
Desconforto psicológico	261	24,1	823	75,9
Incapacidade psicológica	206	19,0	878	81,0
Limitação funcional	152	14,0	932	86,0
Incapacidade física	133	12,3	951	87,7
Deficiência	114	10,5	970	89,5
Incapacidade social	36	3,3	1048	96,7
Geral	495	45,7	589	54,3

Discussão

A utilização de indicadores sociodentais, que são baseados na autopercepção e nos impactos que os problemas bucais provocam, oferece vantagens importantes para o planejamento e a organização dos serviços odontológicos, destacando a mudança de paradigma que se traduz na mudança de ênfase dos aspectos puramente biológicos para os psicológicos e sociais[10].

Buscando o entendimento dos anseios, medos e desejos do paciente, para que o atendimento odontológico ocorra de forma individualizada e integral, promovendo a saúde e o bem-estar do paciente. A aplicação de indicadores subjetivos trouxe um grande avanço para os estudos epidemiológicos na área da Odontologia[11].

Esse novo enfoque tem sido muito útil para subsidiar o planejamento em saúde[12]. E quando se trata de comunidades indígenas contemporâneas, observa-se que, embora em escala temporal distinta e envolvendo outros fatores humanos, sociais, econômicos e ambientais, uma vez em contato com sociedades gerais, experimentaram alterações socioeconômicas e ecológicas com grande potencial de modificar as condições de saúde bucal[13,14].

Pesquisas realizadas documentam a deterioração das condições de saúde bucal dos povos indígenas[13,14], o que também foi observado nesta pesquisa que mostrou uma prevalência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dos indígenas de 45,7%, sendo que as dimensões dor física (24,5%) e desconforto psicológico (24,1%), nessa ordem, apresentaram o maior número de indivíduos com impacto.

Alguns trabalhos realizados em populações não indígenas encontraram menores prevalências de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida, como a prevalência de 35% em um estudo de base populacional realizado no município de Marechal Floriano[11], 29% em pesquisa feita com os agentes comunitários de saúde no município de Vitória[15] e 32,6% em estudo realizado nos Centros de Atendimento ao Idoso no município de Vitória[16].

Uma pesquisa feita com trabalhadores de uma empresa de economia mista no município de Vitória-ES encontrou uma prevalência de impacto de 7,8%, que é bem menor do que a normalmente encontrada em estudos com populações não indígenas e as autoras explicam que provavelmente essa baixa prevalência de impacto pode ser explicada devido ao alto nível de escolaridade e também a maior renda desse público de trabalhadores pesquisados[17].

Essa elevada prevalência de impacto na qualidade de vida demonstra a necessidade de um planejamento em saúde bucal adequado que atenda as especificidades da população indígena que apresenta características peculiares, pois além de terem abandonado as práticas tradicionais de cultivo, que no passado contribuíam para que os alimentos consumidos fossem mais variados, as comunidades indígenas estão expostas a transformações socioeconômicas, o que as coloca em situação de alta vulnerabilidade diante dos problemas de ordem alimentar, nutricional e de saúde bucal[18].

Sabe-se que a solução para a alta prevalência de impactos dos problemas bucais relacionada com a qualidade de vida está certamente ligada ao acesso a tratamento odontológico abrangente, incluindo tratamento especializado, para pessoas com alta prevalência de necessidades clínicas e percebidas, especialmente para grupos que apresentam contexto socioeconômico desfavorável, para os quais o custo do tratamento configura-se como a principal barreira[19], como também demonstrado neste estudo em que a maioria dos indígenas (57,6%) procurou o serviço de atendimento odontológico oferecido pelo SUS que é um serviço gratuito.

Os indivíduos que buscaram o serviço odontológico por motivo de rotina/prevenção relataram mais impacto na qualidade de vida. Esse resultado é divergente do encontrado por estudos realizados em populações não indígenas[11,15,17,20].

No território dessas comunidades indígenas existem três unidades de saúde que possuem consultório odontológico, são elas: Pau Brasil, Caieiras Velha, Comboios e existe uma cirurgiã dentista que atende as unidades de saúde de Boa Esperança e Irajá, portanto a cobertura de serviço odontológico pelo SUS é de quase 100%, o que certamente facilitou a utilização do serviço por motivo de rotina/prevenção.

Entretanto, o maior impacto para esses indivíduos possivelmente pode ser explicado devido a problemas de infraestrutura com os equipamentos, e também devido a inexistência de referência para tratamentos odontológicos especializados, ou seja, os indivíduos tiveram acesso ao serviço que não é resolutivo.

Quando são observados os resultados desta pesquisa em relação a faixa etária percebe-se que os indivíduos com idade até 50 anos tiveram mais impacto em quase todas as dimensões, exceto na dimensão limitação funcional, na qual os indivíduos com 51 anos ou mais tiveram mais impacto.

Esse resultado é diferente do encontrado por outros estudos realizados no Brasil[21,22], que encontraram mais impacto nas pessoas que tinham mais de 40 anos, entretanto além de existir diferença no ponto de corte da faixa etária, o que dificulta a comparação dos resultados, também existem diferenças socioeconômicas e culturais entre as populações indígenas e não indígenas que podem explicar esse resultado diferenciado.

Quando foram avaliados os resultados referentes à variável necessidade declarada de prótese foi percebido maior impacto nos indígenas que necessitam de PPR, resultado frequentemente encontrado em outros estudos realizados em povos não indígenas[11,15,16,17,23] possivelmente explicados pela situação bucal da população brasileira, cujas políticas públicas priorizavam a criança.

Até um passado recente, o Estado só garantia ao público adulto acesso a uma prática de extrações dentárias, ou seja, mutiladora, exclusão revelada pelos dados da PNAD 2003[24], que mostrou mais de 27 milhões de pessoas excluídas do sistema, o que também foi demonstrado nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) 2010[25], nos quais a porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% na faixa etária de 65 a 74 anos. O indicador subjetivo tem a capacidade de demonstrar essa necessidade de tratamento acumulada.

Foi proposta a reorganização da atenção em saúde bucal em 2004 pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, que tem como pontos estratégicos a redução das desigualdades sociais em saúde bucal: a ampliação da cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estímulo à reorientação do modelo de atenção pelas melhorias fomentadas no trabalho das ESB, bem como a vigilância em saúde bucal, por meio do aumento da integralidade por intermédio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)[26].

Sabe-se, entretanto que a atenção em saúde bucal atualmente oferecida pelo SUS ainda é insuficiente e deficiente para atender a grande demanda reprimida existente na população brasileira em geral, como ficou demonstrado também nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010[25)] em que entre os idosos de 65 a 74 anos, 92,7% necessitavam de prótese dentária o que se destaca ainda mais em populações vulneráveis como os povos indígenas, que já experimentam maior precariedade nas condições de saúde bucal devido as mudanças ocorridas em seus hábitos alimentares, nas condições socioeconômicas, ambientais e também devido à falta de programas preventivos[18] e de políticas públicas que atendam as particularidades desses povos.

Os resultados referentes à necessidade de PTR, todavia, mostraram maior impacto nos indígenas que não necessitavam de PTR, resultado divergente do encontrado em pesquisas realizadas em indivíduos não-indígenas[11,15,23] e possivelmente explicado pela pequena quantidade de indivíduos que relataram necessitar de PTR (13,8%) e também pelas diferenças sociais e culturais existentes nos povos indígenas.

Os resultados desta pesquisa demonstraram as dificuldades dessas comunidades indígenas em termos de problemas bucais e, portanto, a necessidade de um planejamento integrado e organizado em saúde com ações resolutivas para atender às demandas dessas comunidades com características sociais, culturais e econômicas diferenciadas[27].

Nesse sentido a saúde posta como direito de todos e dever do Estado, deve alcançar a toda a população independente de localização geográfica ou condição socioeconômica e cultural. Pode ser ressaltada sua aplicabilidade e estratégias eficazes para sua efetiva promoção e realização. Sabe-se que o Brasil é muito

diversificado em seu povo e suas regiões, e que existe carência de serviços de saúde para a população nativa, a população indígena que existe no contexto cultural e social do Brasil[27].

Indígenas trazem consigo toda uma bagagem cultural repassada de geração para geração, o que exige do Cirurgião dentista (CD) um atendimento mais cuidadoso, envolvendo aproximação e conhecimentos mútuos, visando inteirar-se das condições de vida no território indígena, dos hábitos de saúde bucal e da concepção do paciente acerca de sua saúde bucal, dos seus hábitos de higiene e de dieta[28].

É indispensável, portanto, que o CD adquira competência cultural e transcenda os limites de um modelo assistencialista com foco no indivíduo, que são características do antigo modelo médico que permanecem enraizadas, privilegiando a prevenção com o olhar voltado à coletividade, respeitando e também valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas[29] além do desenvolvimento de ações de promoção de saúde diferenciadas e qualificadas, que são características do novo modelo biopsicossocial que atendam as reais necessidades em saúde bucal desses povos, melhorando assim sua qualidade de vida.

O fato desta pesquisa ser transversal pode ser considerado uma limitação, pois não é possível estabelecer relação de causa/efeito, entretanto o tema estudado é atual, original e de grande relevância, o que aumenta a importância deste estudo mesmo se tratando de um desenho transversal.

Conclusão

A prevalência de impacto na qualidade de vida dos problemas bucais nos indígenas aldeados no município de Aracruz foi maior do que o impacto que vem sendo observado em indivíduos não indígenas.

Indígenas com até 50 anos de idade, que utilizaram o serviço odontológico por motivo de rotina/prevenção, com necessidade declarada de PPR e sem necessidade de PTR relataram maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Essa percentagem alta de impacto pode ser considerada um alerta para autoridades em saúde, demonstrando a vulnerabilidade dessa população em termos de saúde

bucal, pois os problemas bucais estão gerando impacto negativo na qualidade de vida e sabe-se da presença de iniquidades entre indígenas e não-indígenas em relação a planejamentos e políticas públicas em saúde bucal.

Referências

1.Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(Supl. 1):3-24.

2. Jesus JTA, Oliveira TZ, Carvalho CAP, Carvalho FS. Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar, 2020; 9(1): 23-27.

3.Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien Saude Colet 2000; 5(1):7-18.

4.Alvarenga FAS, Henriques C, Takatsui F, Montandon AAD, Telarolli Júnior R, Monteiro ALCC et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. Rev Odontol UNESP. 2011; 40(3):118-124.

5.Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community dent. Health, London, 1994; 11(1): 3-11, Mar.

6.Almeida AM, Loureiro CA, Araujo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde buccal utilizando o instrument OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada, 2004; 6(1): 6-15, jan/abr.

7.Souza TAC. Oral health disparities among Brazilian self-identified indigenous individuals. Tempus. 2020; 13(3):153-68.

8.Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos & A. L. Escobar (Eds.), Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil (pp. 49-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Abrasco, 2003.

9.Maurício HÁ, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes, Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(10): 3765-772.

10.Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. J Int Soc Prev Community Dent 2013; 3(1):1-6.

11.Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(2): 397-406.

12.Queiroz MF, Verli FD, Marinho AS, Paiva PCP, Santos SMC, Soares JA. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica, 2019; 24(4): 1277-286.

13.Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Coelho CC, Campos JNS, Narvai PC. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013, Epidemiol Serv. Saude, 2018; 27(1): e20171725.

14. SCHUCH, H. S. et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia, Community Dentistry and Oral Epidemiology, p. 1-8, 2017.

15.Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil, Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2008; 8(1):7-14, janeiro-abril.

16.Aguiar AD, Oliveira ERA, Miotto MHMB. Tooth Loss, Sociodemographic Conditions and Oral HealthRelated Quality of Life in the Elderly, Pesquisa Bras Odont Pediat Clín Integr, 2022, 22: e200189.

17.Miotto MHM, Gomes LMM, Velten DB, Barcellos LA. Impact Produced by Oral Conditions on the Quality of Life of Brazilian Workers of a Mixed-Economy Company, Pesquisa Bras Odont Pediat Clín Integr, 2018; 18(1): e3769.

18.Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Saúde bucal na população indígena Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cad Saúde Pública, 2001; 17(2): 375-84, mar-abr.

19. Nascimento ADA, Silva HNO, Brito OFF, Barreira AK. Satisfação dos usuários atendidos na Clínica Integral de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. RFO, 2020; 25(1):66-73, jan/abr.

20.Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. Australian Dental Journal, 1994; 39(6):358-64.

21.Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHMB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. UFES Rev Odontol, 2008; 10(2): 46-51, abr./jun.

22.Saloto JPS, Miotto MHMB, Barcellos LA. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos de Iúna, ES. UFES Rev Odontol 2007; 9(3):31-36.

23.Barcellos, LA, Loureiro CA. O público do serviço odontológico. UFES Rev Odontol 2004; 6(2):41-50.

24.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde. 2003.

25.Brasil. Ministério da saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf, Acesso em: 14 de abr 2023.

26.Santos ASF, Lima RFR, Ferreira RC, Alencar GP, Carreiro DL, Silveira MF. Uso de serviços de saúde bucal entre idosos brasileiros: mediação pela perda dentária Cienc Saúde Coletiva, 2022; 27(7):2777-788.

27. Lima KER, Gondim GF, Santana GS, Silva FGO, Silva CHF. Attention to oral health for indigenous peoples in brazil: an integrative review, Braz J Develop, 2020; 6(4): 18704-713 apr.

28.Jamieson L, Hedges J, Peres MA, Guarnizo-Herreño CC, Bastos J L. Challenges in identifying indigenous peoples in population oral health surveys: a commentary. BMC Oral Health. 2021; 21:e216.

29. Bertanha WFF, Cavalcante GMS, Cavalcanti AL, Arruda TA, D'ávila S. Atenção à Saúde Bucal nas comunidades indígenas: Evolução e desafios – Uma revisão de literatura, Rev Bras Cienc da Saúde, 2012; 16(1): 105-12.

7.3 ARTIGO 3

AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE DOR DENTÁRIA EM POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI E TUPINIQUIM ALDEADA DO ESPÍRITO SANTO

Resumo

Objetivo: avaliar a prevalência de odontalgia e sua associação com características sociodemográficas, escolaridade, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese dentária em população indígena aldeada do município de Aracruz – Espírito Santo. **Metodologia:** Pesquisa transversal na qual foram avaliados 1084 indígenas das etnias Guarani e Tupiniquim aldeados no município de Aracruz, Espírito Santo, utilizando um questionário que avaliou a ocorrência de dor dentária provocada ou espontânea nos últimos 6 meses, a intensidade e a frequência dessa dor, se procurou algum serviço de atendimento odontológico na ocasião e a frequência do serviço procurado. Foi utilizado o teste exato de Fischer ($p<0,05$) para verificar as associações entre cada variável independente e a variável dependente dor dentária. **Resultados:** Os principais resultados mostraram que a prevalência de dor dentária espontânea nos indígenas foi de 26,4%, sendo mais frequente em mulheres, na faixa etária até 50 anos, que procuraram o serviço odontológico por motivo de urgência e naqueles que não necessitavam de Prótese Parcial Removível (PPR). **Conclusões:** A prevalência de dor dentária nos indígenas foi elevada nos últimos 6 meses e foi associada com sexo feminino, faixa etária até 50 anos, com menos perdas dentárias e que não aceitaram essas perdas, que procuraram o serviço por motivo de urgência e que tiveram mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Odontalgia. Assistência Odontológica.

Abstract

Objective: to evaluate the prevalence of toothache and its association with sociodemographic characteristics, education, use of dental services and need for dental prostheses in an indigenous population living in the municipality of Aracruz - Espírito Santo. Methodology: Cross-sectional research in which 1084 Guarani and Tupiniquim indigenous people living in the municipality of Aracruz were evaluated regarding the presence of dental pain, sociodemographic characteristics, use of dental services and need for dental prosthesis. Fisher's exact test ($p<0.05$) was used to verify the associations between each independent variable and the dependent variable dental pain. Results: The main results showed that the prevalence of spontaneous dental pain in indigenous people was 26.4% associated with the female gender, age group up to 50 years, seeking dental care for urgent reasons and indigenous people who did not need Removable Partial Prosthesis (PPR) experienced more dental pain. Conclusions: The prevalence of dental pain in indigenous people was high in the last 6 months and was associated with the female gender, age group up to 50 years, with less tooth loss and who did not accept these losses, who sought the service due to urgency and who had more impact of oral problems on quality of life.

Keywords: Health of indigenous populations. Toothache. Dental care.

Introdução

A dor é um sintoma que se manifesta de maneira muito frequente pois está associado à maioria das afecções. Considerando que esse sintoma apresenta características objetivas, mas também tem muitos componentes subjetivos, o relato de dor pode apresentar variações quando diferentes populações são estudadas. Em concordância com essa colocação, o Comitê de Taxonomia da International Association for the Study of Pain, identifica que a dor pode ser definiria como uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da ocorrência de lesões teciduais (MASSONI, 2020).

Na Odontologia, a odontalgia, é definida como uma dor de origem orofacial que ocorre devido a problemas que afetam os dentes e suas estruturas de suporte. Segundo Echeverria, Dumith, Silva (2020) a dor representa um dos principais sintomas na prática odontológica, apresentando etiologia em componentes neurológicos, fisiológicos e psicológicos, além de ser caracterizada como originária dos tecidos inervados do dente (KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011).

A dor dentária ocupa uma posição de destaque entre as doenças que têm maior potencial de impactar negativamente a vida diária das pessoas, uma vez que as alterações patológicas da cavidade bucal são associadas a impactos negativos de caráter social, econômico e psicológico podendo afetar de forma negativa a qualidade de vida e, dessa forma, comprometer as funções físicas, sociais e a autoestima (GOES, O. S. et al, 2008). Os principais problemas bucais que levam a episódios de dor dentária são a cárie, as doenças periodontais e o traumatismo dentário. como demonstrado em uma pesquisa realizada em jovens do Rio Grande do Sul, na qual alterações relacionadas à cárie dentária responderam por, aproximadamente, 30% da prevalência dentre as razões que causaram este sintoma (ECHEVERRIA; DUMITH; SILVA, 2020, KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011, BASTOS, et al., 2007).

Estudos sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil sugerem aumento da prevalência de cárie, devido ao impacto provocado por mudanças alimentares, socioculturais, econômicas e ambientais, conforme alguns autores como Alves Filho, Santos, Vettore (2013) e Arantes e Frazão (2013), o que é agravado pela falta de programas preventivos. Esses dados diferem de dados obtidos em análises epidemiológicas de abrangência nacional que relatam declínio dos indicadores de

cárie dentária na população geral (NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000, NARVAI, P. C., et al., 2006).

No Brasil, a atenção à saúde das comunidades indígenas é realizada por meio do Sistema de Atenção à Saúde Indígena que é um órgão integrado ao SUS, respeitando sempre as diretrizes adotadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASP), que visa atender essa população considerando suas tradições, estilo de vida, religião e sua cultura, pois, se não houver respeito a essas peculiaridades, esse trabalho se tornaria ineficaz (BERTANHA et al., 2012).

Existem, no entanto, evidências de iniquidades nos métodos preventivos e também na questão do acesso a serviços de atenção à saúde bucal entre indígenas e não indígenas, o que torna os primeiros uma população mais vulnerável à cárie e suas complicações (HÁ, et al, 2016). A diversidade sociocultural, assim como a complexidade dos diferentes contextos de atenção à saúde bucal dos povos indígenas sugerem a necessidade da produção de informações sobre essas distintas realidades e sua interpretação com base em bibliografia adequada (LEMOS, et al., 2018).

Devem ser utilizados índices epidemiológicos com o intuito de identificar os agravos das doenças bucais nas comunidades, conforme estabelece a Organização Mundial de Saúde para ser feito o monitoramento de enfermidades nas comunidades étnicas como nas indígenas conforme Sousa, Mittmann e Silva (2019). Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi determinar a prevalência de odontalgia e sua associação com características sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese dentária em uma população indígena aldeada do município de Aracruz – Espírito Santo.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa observacional transversal para avaliar a prevalência e severidade das principais doenças crônicas presentes em adultos que residiam nas aldeias indígenas no município de Aracruz, no litoral norte do Estado do Espírito Santo. Essas aldeias estão situadas numa reserva indígena com área de, aproximadamente, 18.000 hectares distante cerca de 80 km da capital, Vitória. Residem atualmente (fevereiro/2023) aproximadamente 5 mil pessoas segundo

informação fornecida pelo Serviço de Saúde Indígena. Nessa reserva existem duas áreas demarcadas, sendo uma maior (aproximadamente 15 mil hectares) na qual existem 5 aldeias da etnia Guarani e 6 aldeias da etnia Tupiniquim. Em uma outra área da reserva situada no litoral (Reserva de Comboios) existe apenas uma aldeia da etnia Tupiniquim.

A população indígena elegível (≥20 anos) para o estudo possuía cerca de 2.950 pessoas, sendo que cerca de 90% são indígenas e os outros 10% são não indígenas (geralmente pessoas casadas com indígenas que passam a morar nas aldeias).

Após ter sido feita a divulgação do projeto na comunidade, todos os indivíduos elegíveis foram convidados por meio de contato pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde das 5 Unidades Básicas de Saúde que atende à população residente nas aldeias. A coleta de dados foi realizada na Clínica de Investigação Cardiovascular da UFES, em Vitória, entre setembro/2020 e julho de 2022, tendo comparecido para a realização dos exames previstos um total de 1.084 elegíveis.

Na coleta de dados foram utilizados questionários em entrevista pessoal padronizada, em sala que apresentava condições de manutenção do sigilo. A coleta foi feita em dias úteis (terça-feira a sexta-feira), no período da manhã com o máximo de 6 indivíduos entrevistados por dia. Coleta de sangue e urina e jejum e exames clínicos (antropometria, bioimpedância, pressão arterial e eletrocardiografia) faziam parte da rotina do atendimento no mesmo dia.

Foram utilizadas como variáveis independentes os dados sociodemográficos, escolaridade, utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses, necessidade de prótese e a variável dependente foi o relato de 'dor dentária'.

Foi respondido um formulário com questões abertas e fechadas sobre dor orofacial pelos participantes da pesquisa, sendo que as questões avaliam a ocorrência e a intensidade de dor de dente espontânea e provocada nos últimos 6 meses. Também foi avaliado se, em caso de ocorrência de dor dentária, houve procura por serviços odontológicos.

Ao final da entrevista foi também feito exame clínico visual da cavidade oral por uma CD e duas graduandas do curso de Odontologia treinadas para coletar informações a respeito de perdas dentárias. O exame obedeceu a uma padronização, respeitando a

condição dos indivíduos, quanto às condições ambientais, ao local físico, critérios de diagnóstico e registro de dados do exame. O indivíduo esteve sentado de frente para o examinador que utilizou espátula de madeira e gaze para a realização do exame.

Tendo em vista que a coleta de dado ocorreu na vigência da pandemia da COVID-19, foram tomadas medidas rigorosas de proteção das aferidoras com uso de avental impermeável, máscara N95, gorro, óculos, faceshield e luvas descartáveis de procedimento. Os participantes usavam durante a entrevista máscara cirúrgica e expunham a cavidade oral pelo tempo mínimo necessário para visualização das arcadas dentárias.

Foram utilizadas tabelas de frequência com número e porcentagem de cada um dos itens presentes no instrumento de pesquisa. A relação existente entre dor dentária, variáveis sócio demográficas e saúde bucal foi feita por meio do Teste Exato de Fischer. A força de associação entre exposição e evento foi calculado utilizando o Odds-ratio (OR) adotando o intervalo de confiança (IC) de 95%. O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise e o nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFES em 22 de outubro de 2019 sob parecer de número 3.655.623, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 9 de fevereiro de 2020 em parecer de número 3.828.655.

Resultados

Foi feita a avaliação de 1084 participantes, o que representa aproximadamente 37% da população elegível. Essa amostra, todavia, apresentou composição de proporções similares à estrutura demográfica da população total em termos de idade, garantindo um grande poder amostral para prevalência de dor dentária.

Os dados sociodemográficos mostraram que os indígenas são em sua maioria do sexo feminino 57,7%, com faixa etária até 30 anos 27,5%, com cônjuge 61,1%, com ensino médio completo 36,9%, de raça/cor indígena 88,6% de etnia Tupiniquim conforme demonstrado na Tabela 1.

Os dados sobre odontalgia mostraram que 26,4% dos indígenas sentiu dor espontânea nos últimos 6 meses, a maioria também sentiu dor provocada por líquidos quentes ou frios (38,0%). Em relação a percepção da dor dentária nos últimos 6 meses 33,8% dos indivíduos teve dor ou desconforto poucas vezes, 37,3% procurou o CD do posto de saúde (59,6%) na maioria dos casos, foi em uma consulta (41,3%), e 50,6% dos indígenas não procurou o CD pois não sentiu necessidade conforme Tabela 2.

Tabela 1. Dados sobre dor dentária de indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Sentiu dor espontânea últimos 6 meses		
Sim	286	26,4
Não	798	73,6
Senti dor provocada por líquidos quentes ou frios		
Sim	412	38,0
Não	672	62,0
Se teve dor nos últimos 6 meses, procurou dentista		
Sim	404	37,3
Não	680	62,7
Serviço procurado		
Posto de saúde	241	59,6
Particular	155	38,4
Outro	8	2,0

Quando foram observados os dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos percebeu-se que a maioria dos indígenas são dentados (93,2%), ou seja, possuem pelo menos um elemento dentário na cavidade bucal, não necessita de prótese parcial removível (PPR) (61,9%), seguida pelos que precisam de PPR (27,7%), não precisa de prótese total removível (PTR) (86,2%), seguida pelos que precisam de PTR (2,7%).

Procuraram o profissional de saúde enfermeiro (84,7%), o agente de saúde (80,0%), o médico (78,6%), o cirurgião dentista (CD) (63,3%). O motivo da utilização dos serviços odontológicos foi a rotina/prevenção (51,6%), seguida pelo serviço de urgência (11,6%), uma vez que (36,8%) não procuraram o serviço e o tipo de CD mais procurado foi o que trabalha no SUS (57,6%) que é um serviço gratuito conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos por indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Situação dentição		
Dentado	1.010	93,2
Desdentado	74	6,8
Uso de Prótese Parcial Removível		
Não precisa	671	61,9
Precisa e usa	101	9,3
Precisa, tem e não usa	12	1,1
Precisa e não tem	300	27,7
Uso de Prótese Total Removível		
Não precisa	934	86,2
Precisa e usa	111	10,2
Precisa, tem e não usa	10	0,9
Precisa e não tem	29	2,7
Profissional de saúde que procurou últimos 12 meses		
Dentista	686	63,3
Técnico de saúde bucal	9	0,7
Cirurgião dentista prático	8	0,7
Médico	852	78,6
Enfermeiro	918	84,7
Agente de saúde	867	80,0
Farmacêutico	664	61,3
Outros	134	12,4
Nenhum	18	1,7
Motivo procura dentista nos últimos 12 meses		
Urgência	126	11,6
Rotina	333	30,7
Prevenção	227	20,9
Não procurou	398	36,8
Tipo de serviço odontológico procurado		
SUS	395	57,6
Serviço Gratuito	53	7,7
Plano de empresa	4	0,6
Plano particular	10	1,5
Convênio	18	2,6
Particular	206	30,0

Os resultados sobre ocorrência de associação entre dor dentária, variáveis sociodemográficas e de saúde bucal mostraram que tiveram mais odontalgia as mulheres (OR=1,414, IC95%=1,110 – 1,801),com até 50 anos (OR=2,221, IC95%=1,694 – 2,913), com ensino médio completo e acima (OR=1,620,

IC95%=1,274 – 2,060), que não tiveram perdas dentárias (OR=1,714, IC 95%=1,271 – 2,311), que não aceitaram a perda dentária (OR=1,571, IC95%=1,169 – 2,112), que procuraram o CD por motivo de urgência (OR=3,562, IC 95%=2,289 – 5,544), que não tinham necessidade de PTR (OR=4,531, IC 95%=3,015 – 6,810), nem tinham necessidade de PPR (OR=1,310, IC 95%=1,024 – 1,674) e quem teve dor dentária sentiu mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (OR=1,489, IC95%=1,171 – 1,894).

Tabela 3. Relação entre dor, variáveis demográficas e de saúde bucal de indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Sentiu dor		Não sentiu dor		Sig.	OR LI - LS
	Nº	%	Nº	%		
Sexo						
Masculino	213	46,4	246	53,6	0,003	1,414
Feminino	344	55,0	281	45,0		1,110 – 1,801
Faixa etária						
Até 50 anos	442	57,0	334	43,0	0,000	2,221
51 anos ou mais	115	37,3	193	62,7		1,694 – 2,913
Escolaridade						
Até EMI	261	45,7	310	54,3	0,000	1,620
EMC e acima	296	57,7	217	42,3		1,274 – 2,060
Perda dentária						
Sim	416	48,6	440	51,4	0,000	1,714
Não	141	61,8	87	38,2		1,271 – 2,311
Aceita perda dentária						
Sim	273	45,3	330	54,7	0,002	1,571
Não	143	56,5	110	43,5		1,169 – 2,112
Motivo procura dentista						
Urgência	96	76,2	30	23,8	0,000	3,562
Rotina/Prevenção	265	47,3	295	52,7		2,289 – 5,544
Necessidade de PTR						
Sim	33	22,0	117	78,0	0,000	4,531
Não	524	56,1	410	43,9		3,015 – 6,810
Necessidade de PPR						
Sim	195	47,2	218	52,8	0,018	1,310
Não	362	53,9	309	46,1		1,024 – 1,674
Impacto Bucal						
Com impacto	281	56,8	214	43,2	0,001	1,489
Sem impacto	276	46,9	313	53,1		1,171 – 1,894

Discussão

Quando se tenta compreender as concepções e práticas de saúde, percebe-se que os valores culturais determinam a explicação do processo saúde-doença em grupos

étnicos específicos[16], portanto, tem sido desafiador promover serviços adequados de atenção à saúde bucal para os povos indígenas, devido à diversidade desses povos, a extensão territorial[17]e também pelo fato da contextualização cultural ainda ser pouco utilizada pelos programas de atenção em saúde como ferramenta integrada de auxílio ao modo de pensar e fazer a atenção em saúde nas terras indígenas (SOUZA; FERREIRA, 2012, MACIEL, 2022).

Os resultados deste estudo mostraram que 26,4% dos indígenas sentiram dor espontânea e 38,0% sentiram dor provocada nos últimos 6 meses, resultado semelhante ao encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), na qual as prevalências de dor dentária foram aos 12 anos, (24,6%), de 15 a 19 anos (24,7%), de 35 a 44 anos (27,5%) e de 65 a 74 anos (10,8%).

Entretanto, uma pesquisa realizada pelos autores Echeverria, Dumith e Silva (2020) no sul do Brasil em indivíduos com mais de 18 anos encontrou prevalência de odontalgia menor, de 18%, e uma pesquisa telefônica realizada em 2009 em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal – Vigitel – pelos autores Peres et al., (2012), encontrou prevalência de 15,2%, um estudo de base populacional feito pelos autores Constante et al. (2016) em Florianópolis encontrou frequência de odontalgia de 17,5%.

Em uma pesquisa realizada em um município do Nordeste Brasileiro pelos autores Tavares, Carvalho e Carvalho (2022) em pessoas com mais de 18 anos no qual a prevalência encontrada foi de 68,2%, outro estudo feito na Paraíba em pacientes da clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande a prevalência encontrada foi de 32,1% (BRAGA, et al, 2021). A prevalência de dor dentária encontrada nesta pesquisa foi semelhante à encontrada na SB Brasil (2010), entretanto em outras pesquisas realizadas com populações não indígenas as prevalências encontradas foram variadas.

Existem iniquidades presentes nas condições de saúde bucal e também no atendimento odontológico entre os povos indígenas e não-indígenas como foi demonstrado em um estudo realizado pelos autores Schuch et al (2017) para avaliar a magnitude dessas desigualdades em saúde bucal realizado no Brasil, Nova Zelândia e Austrália que mostrou pior condição de saúde bucal para os indígenas independente do ambiente.

Essa condição não foi encontrada nos resultados deste estudo, o que provavelmente pode ser explicado pela quantidade de perdas dentárias encontradas nessas comunidades, sendo que apenas 21,0% dessa população não teve perdas dentárias, portanto estiveram presentes menos elementos dentários para causar dor, assim fica demonstrada a precariedade das condições de saúde bucal desses indivíduos.

A dor dentária neste estudo apresentou associação estatisticamente significante com sexo, em que as mulheres sentiram mais dor do que os homens (OR=1,414). Segundo os autores Knackfuss, Costenaro e Zanatta (2011) provavelmente as mulheres apresentam mais alterações patológicas devido à maior procura pelo atendimento odontológico e também uma maior percepção da necessidade de tratamento.

Barcellos e Loureiro (2004) que realizaram um estudo multicêntrico nas prefeituras de Juiz de Fora (MG) e Cuiabá (MT), perceberam que indivíduos do sexo feminino visitaram o CD com mais frequência, entretanto a diferença não foi estatisticamente significante, e segundo os autores o maior público feminino nos serviços odontológicos é quase universal, o que não apareceu nos resultados possivelmente pelas altas taxas de indivíduos pertencentes às classes econômicas D e E com baixo nível de escolaridade, ou talvez pela grande proporção de pessoas com mais de 40 anos, que nesse caso utilizam menos o serviço.

Em relação a faixa etária os resultados mostraram que os indígenas com até 50 anos sentiram mais dor (OR=2,221), resultado semelhante foi encontrado pelos autores Echeverria, Dumith e Silva (2020) em um estudo de base populacional feito no Sul do Brasil em que as taxas de prevalência de dor dentária encontradas foram reduzindo com o aumento da idade, sendo que na idade de 20 a 39 anos (23,9%), 40 a 59 anos (14%) e acima de 60 anos (10,4%), também apresenta resultados semelhantes o SB Brasil 2010 no qual as taxas de prevalência de dor dentária foram aos 12 anos, (24,6%), de 15 a 19 anos (24,7%), de 35 a 44 anos (27,5%) e de 65 a 74 anos (10,8%).

As diferenças de odontalgia que ocorrem conforme grupos etários poderiam ser atribuídas a mais baixas expectativas em relação à saúde bucal entre indivíduos de mais idade, de modo que certa quantidade de dor seria “esperada” de certa forma e menos relatada. A maior quantidade de perdas dentárias influencia na prevalência desse fenômeno nos grupos de idade mais elevada, pois restariam menos elementos

dentários para provocar dor, o que foi demonstrado nesta pesquisa, pois os indígenas que aceitaram e que tiveram mais perdas dentárias tiveram menos dor.

Comumente a presença de perdas dentárias é refletida em necessidade de prótese e percebeu-se que os indígenas que não necessitavam de PTR e PPR sentiram mais dor, o que demonstra as dificuldades enfrentadas por essa população que precisa extrair seus dentes para não sentir dor, e que por ser mais vulnerável, tem mais dificuldades de acesso a serviços de atendimento odontológico e que devido a situação precária também não oferecem resolutividade gerando implicações nos indivíduos com dor como diminuição nas horas de sono, prejuízo de atividades de lazer, restrições alimentares, e desequilíbrios psicológicos relacionados com a redução da autoestima e o absenteísmo escolar e/ou no trabalho (SVENSSON; HAKEBERG; WIDE, 2018, MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012).

Nas comunidades indígenas de Aracruz, quem realiza a assistência à saúde bucal é o CD que trabalha pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), que tem a responsabilidade de coordenar e executar a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS), que é um serviço gratuito, entretanto existem evidências de iniquidades nos métodos preventivos e no acesso a serviços odontológicos entre indígenas e não indígenas, o que provoca nos primeiros maior vulnerabilidade em relação à cárie e suas complicações (HÁ, et al., 2016, RIGONATTO; ANTUNES; FRAZÃO, 2001).

Em relação a escolaridade os resultados encontrados nesta pesquisa mostraram que os indígenas com maior escolaridade (EMC e acima) sentiram mais dor dentária, resultado divergente dos resultados encontrados em outros trabalhos como em uma pesquisa realizada pelos autores Miotto, Silotti e Barcellos, (2012) em trabalhadores do município de Venda Nova do Imigrante, no qual a maior prevalência de dor dentária foi encontrada nos indivíduos de menor escolaridade (53,8%), também em uma pesquisa realizada no Sul do Brasil, em que a maior prevalência de dor dentária foi encontrada em indivíduos com menor escolaridade (ECHEVERRIA; DUMITH; SILVA, 2020).

Uma suposta explicação para essa divergência nos resultados seria devido a diferenças em termos sociais, culturais e econômicos existentes, também em relação

aos conceitos de saúde/doença e a auto percepção relacionada a esses conceitos entre povos indígenas e não indígenas.

Outra possível explicação para esse resultado divergente é devido ao maior grau de escolaridade estar associado a menos perdas dentárias e neste estudo os resultados mostraram que quem teve menos perdas dentárias teve mais dor, e uma situação de menor escolaridade normalmente reflete uma educação em saúde mais limitada, que em termos de saúde bucal, pode significar dificuldades no entendimento dos conhecimentos de métodos preventivos relacionados a doenças bucais, principalmente relacionados à higienização, bem como busca tardia por tratamento odontológico ocasionando assim maior quantidade de perdas dentárias, portanto menos dor dentária (COELHO, et al., 2021).

A odontalgia é considerada um tema relevante, pois na atualidade ainda é apontada como um dos principais problemas bucais que levam as pessoas a procurarem atendimento odontológico, tornando-se, dessa forma um fator impactante na saúde pública (BASTOS, et al, 2007).

Os resultados deste estudo mostraram que os indígenas que tiveram mais dor dentária procuraram o serviço odontológico por motivo de urgência e também demonstraram que os indígenas que sentiram mais dor de dente relataram maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. Várias pesquisas realizadas com o indicador subjetivo Oral Health Impact Profile (OHIP-14) têm demonstrado que as pessoas que procuram os serviços odontológicos por motivo de urgência sentem maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012, BOMBARDA-NUNES; MIOTTO; BARCELLOS, 2008).

Observa-se que a dor dentária pode estar intimamente relacionada às condições de acesso da população aos serviços de atendimento odontológico, pois devido a persistência de dificuldades nesse acesso por expressiva parcela da população brasileira, ocorre impedimento à prevenção ou ao tratamento dos agravos em saúde bucal, culminando com a exacerbação de sintomas dolorosos de origem dentária e, como consequência afetando a qualidade de vida dos adolescentes e também da população em geral (MASSONI et al, 2020).

Os resultados desta pesquisa representam um alerta para gestores da área de saúde, pois demonstram as iniquidades que estão ocorrendo em termos de atenção à saúde bucal entre indígenas e não-indígenas, portanto é indispensável que ocorram melhorias nas condições de saúde bucal dos povos indígenas, o que pode ser alcançado com a ajuda de estudos epidemiológicos abrangendo determinantes locais e regionais, fortalecimento das ações de promoção de saúde e prevenção e ampliação dos serviços de atenção (BERTANHA et al, 2012).

Conclusão

A prevalência de dor dentária espontânea nos indígenas Guarani e Tupinikin do município de Aracruz foi de 26,4% nos últimos 6 meses. Foi encontrada associação estatisticamente significante da odontalgia com sexo feminino, em pessoas com até 50 anos de idade, com maior escolaridade, sem cônjuge, com menos perdas dentárias e que não aceitaram as perdas dentárias.

Os indígenas que sentiram mais dor dentária foram os que procuraram o serviço odontológico por motivo de urgência, não tinham necessidade declarada de prótese parcial ou total removível e que tiveram mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Referências

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 3, p. 692-704, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YxkkWSqvQYfxHmpSSgVFYNx/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: 01/05/2023.

ARANTES, R.; FRAZÃO P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. **Tempus**, v. 7, n. 4, p. 169-180, 2013. Disponível em: https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1314/2/570934994.pdf. Acesso em: 02/05/2023.

BARCELLOS, L. A.; LOUREIRO, C. A. O público do serviço odontológico. **UFES Rev. Odontol.**, v. 6, n. 2, p. 41-50, maio/ago., 2004. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/10624/7539. Acesso em: 02/05/2023.

BASTOS, J. L. D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual, **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1611-1621, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/W6QjsMjtZJfSjYmfMW6hD8R/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01/05/2023.

BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 105-112, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10116/7097. Acesso em: 28/04/2023.

BOMBARDA-NUNES, F.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil, **Pesq. Bras. Odontop. Clín. Integrada**, v. 8, n. 1, p. 7-14, jan./abr., 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63711702001. Acesso em: 20/03/2023.

BRAGA, M. L. A. Medo, ansiedade e odontalgia em pacientes atendidos em uma Clínica-Escola de Odontologia. **Arch Health Invest.**, v. 10, n. 8, p. 1205-1211, 2021. Disponível em: https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5077/7204. Acesso em: 10/03/2023.

BRASIL. **NORMAS BRASIL. Portaria MJ nº 1.463 de 27/08/2007**. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1463-2007_203540.html. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais 2012.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf, Acesso em: 02 de maio 2023.

COELHO, T. R. C. et al. Indicação de exodontias e fatores associados: estudo transversal na população indígena Kiriri. **Cienc. Saúde coletiva**, v. 26(Supl. 3), p. 5223-5232, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26suppl3/5223-5232/pt. Acesso em: 20/02/2023.

CONSTANTE, H. M. et al. Mediators between education and dental pain: a cross-sectional study to assess the role of dental services utilization. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 124, n. 1, p. 62-67, Feb., 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/eos.12242. PMid:26718615. Acesso em: 10/02/2023.

ECHEVERRIA, M. S.; DUMITH, S. C.; SILVA, E. R. A. Prevalência e fatores associados a dor dentária – estudo de base populacional com adultos e idosos do sul do Brasil, Rev. Odontol. UNESP., v. 49, e20200039, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rounesp/a/h9ywcnwnYGzSXjvjhFZMPDM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12/02/2023.

GOES, O. S. et al. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. **Acta Odontol Scand**, v. 66, n. 1, p. 7-12, 2008.

HÁ, D. H. et al. Social inequality in dental caries and changes over time among Indigenous and nonIndigenous Australian children. **Aust. N. Z. J. Public Health**, v. 40, n. 6, p. 542-547, Dec. 2016. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1753-6405.12566. Acesso em: 13/02/2023.

KNACKFUSS, A. P.; COSTENARO, R. G. S.; ZANATTA, F. B. Dor odontológica e indicadores de risco em jovens. **RGO**, v. 59, n. 2, p. 185-191, 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59n2/a03v59n2.pdf. Acesso em: 15/02/2023.

LEMOS, P. N. et al. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 1, p. e20171725, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n1/2237-9622-ess-27-01-e20171725.pdf. Acesso em: 15/02/2023.

MACIEL, J. A. C, “Com dor de dente, tudo é ruim nesta vida!”: saúde bucal na comunidade indígena de Tremembé, Ceará, Brasil, **Interface**, v. 26(Supl. 1), 2022.

Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/RGHgWy9Ws9FpmLtKYXKZWWs/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 16/02/2023.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Tooth pain and associated factors among adolescents of a large population municipality in Northeastern Brazil, **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 673-682, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Jn7S3dqp6Q7R9b9CS9Ypb6K/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 20/02/2023.

MIOTTO MHMB, BARCELLOS LA, VELTEN DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2012; 17(2): 397-406. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/vJrh4RNPNf5LG463swjwLhf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30/04/2023.

MIOTTO, M. H. M. B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/nTL5r6z4BVmv4hznfCC8sRQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30/04/2023.

NARVAI, P. C., et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, jun., 2006. Disonível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n6/385-393. Acesso em: 30/04/2023.

NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FRAZÃO P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 196-200, abr., 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/Q879KRcg8M9Pr3jLGshJ35w/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30/04/2023.

PERES, M. A. et al., Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saude Publica.**, v. 28(Suppl), p. 90-100, 2012. Disponível em:

http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300010. PMid:22714973. Acesso em: 10/04/2023.

RIGONATTO, D. D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 43, n. 2, p. 93-98, Mar.\Abr., 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/KX84CQhRDSYQd5qyBLmdkhq/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 25/04/2023.

SCHUCH, H. S. et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia, **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, p. 1-8, 2017.

SOUZA, T. A. C.; FERREIRA, E. F. A saúde bucal no povo indígena Wajãpi do estado do Amapá, **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012;135-48.

SOUSA, B. C. C.; MITTMANN, R. M.; SILVA, M. S. L. Saúde bucal dos povos indígenas do brasil, **J. Business Techn**., v. 9, n. 1, p. 3-20, 2019. Disponível em: http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/402/322. Acesso em: 25/04/2023.

SVENSSON, L.; HAKEBERG, M.; WIDE, U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. **Acta Odontol. Scand.**, v. 76, n. 6, p. 401-406, aug., 2018. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/00016357.2018.1473892?needAccess=true&role=button. Acesso em: 25/04/2023.

TAVARES, I. S.; CARVALHO, C. A. P.; CARVALHO, F. S. Experiência de dor de dente de acordo com risco familiar em município do nordeste brasileiro, **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e22711628862, 2022.

7.4 ARTIGO 4

FATORES ASSOCIADOS A PERDA DENTÁRIA EM POPULAÇÃO INDÍGENA ALDEADA DO ESPÍRITO SANTO

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de perda dentária e sua associação com características sociodemográficas, escolaridade, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese dentária em população indígena aldeada do município de Aracruz – Espírito Santo. **Metodologia:** Foram avaliados 1084 indígenas Guarani e tupinikin por meio de um estudo transversal no município de Aracruz em relação a presença de perda dentária, características sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e necessidade de prótese dentária. O teste exato de Fischer ($p<0,05$) foi utilizado para verificar as associações entre cada variável independente e a perda dentária. Para avaliar a força da associação foi calculado o Odds-ratio. **Resultados:** Um total de 16,6% dos indígenas perdeu 17 ou mais elementos dentários. A perda dentária nos indígenas apresentou associação com idade superior a 51 anos (OR=6,3), menor escolaridade até (10 anos de estudo) (OR=2,1), mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (OR=2,3). **Conclusões:** a prevalência de perda dentária nos indígenas pode ser considerada elevada em relação a população não-indígena e foi associada com maior idade, menor escolaridade (até 10 anos de estudo) e maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. Analisando esses resultados percebe-se um componente social muito importante e também as desigualdades no acesso a serviços de saúde bucal que deixam clara a vulnerabilidade das populações indígenas.

Palavras-chave: Perda de dente. Iniquidades. Saúde Bucal. Índio.

Abstract

Objective: To assess the prevalence of tooth loss and its association with sociodemographic characteristics, education, use of dental services and need for dental prostheses in an indigenous population living in the municipality of Aracruz - Espírito Santo. **Methodology:** 1084 Guarani and Tupinikin indigenous people were evaluated through a cross-sectional study in the municipality of Aracruz regarding the presence of tooth loss, sociodemographic characteristics, use of dental services and need for dental prosthesis. Fisher's exact test ($p<0.05$) was used to verify associations between each independent variable and tooth loss. To assess the strength of the association, the odds-ratio was calculated. **Results:** A total of 16.6% of the indigenous people lost 17 or more teeth. Tooth loss in indigenous people was associated with age over 51 years (OR=6.3), less schooling (up to 10 years of study) (OR=2.1), more impact of oral problems on quality of life (OR= 2,3). **Conclusions:** The prevalence of tooth loss in indigenous people can be considered high in relation to the non-indigenous population and was associated with older age, less education (up to 10 years of study) and greater impact of oral problems on quality of life. Analyzing these results, one can see a very important social component and also the inequalities in access to oral health services that make clear the vulnerability of indigenous populations.

Keywords: Tooth loss. Iniquities. Oral Health. Indian.

Introdução

A saúde bucal é tão importante quanto à saúde geral e é um componente indispensável para o bem-estar físico e mental. Dentro deste contexto, a perda dentária reflete o efeito cumulativo de doenças e fatores sociais e pode ser considerada um indicador importante de vigilância em saúde bucal usado para sua monitoração global a nível da população[1].

Existe uma grande quantidade de pessoas sem nenhum dente na boca no Brasil, deficiência física que pode causar muitos problemas de saúde, como reabsorção óssea maxilomandibular, deficiências nutricionais devido a incapacidade de mastigar alimentos sólidos, problemas psicológicos e sociais por causa das dificuldades geradas nos relacionamentos, causando, assim um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas[2]. Um estudo realizado nas comunidades indígenas do parque Nacional do Xingu encontrou alta proporção de dentes perdidos nos indivíduos acima de 20 anos[3].

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde e de saúde bucal dos indígenas foi criada em 1999 a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas que conjuga a Política Nacional de Saúde, integrando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais e também direitos territoriais aos indígenas.

O Decreto 3.156 de 1999[4] e a medida provisória 1.911-8, regulamentaram essa política dispondo sobre a forma como seria organizada a assistência à saúde dos povos indígenas, e também tratando da organização da Presidência da República e dos Ministérios, nos quais está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Fundação Nacional do índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), estabelecendo posteriormente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A partir daí foram criados então 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo país para organizar e descentralizar a assistência a essa população específica constituindo um subsistema de saúde coordenado pelo SUS que têm como uma de suas responsabilidades prestar assistência integral e de qualidade também em termos de saúde bucal[5], entretanto ainda percebe-se nesses povos uma situação bem

preocupante, demonstrada em um estudo realizado para analisar a magnitude das desigualdades em saúde bucal entre povos indígenas e não indígenas no Brasil, Nova Zelândia e Austrália que encontrou uma pior condição de saúde bucal nos povos indígenas independente do ambiente[6].

Todavia, observa-se que as condições sociais das pessoas bem como a prática odontológica hegemônica, que utiliza as extrações dentárias como solução para o alívio da dor em populações de pior condição socioeconômica, exercem um importante papel na questão da perda dentária[7]. No Brasil, a extração dentária em massa se inicia a partir dos 30 anos, como solução mais prática e econômica para os problemas de saúde bucal[7].

A perda dentária pode estar relacionada a falta de acesso a serviços de saúde, portanto, as razões dessa perda derivam de uma relação que compreende aspectos fisiológicos, individuais, culturais e socioeconômicos[8], o que foi percebido em um estudo realizado no Nordeste do Brasil para avaliar a prevalência e os fatores associados a indicação de exodontia com os índios Kiriri, em que foi encontrada uma prevalência de 33% de indivíduos com indicação de um ou mais dentes para exodontia que estava associada a, entre outros fatores, idade maior de 35 anos e renda inferior a um salário mínimo[1].

A perda dentária é um processo multifatorial que, em relação às doenças bucais, está associada principalmente à cárie dentária, ao trauma e à doença periodontal. O status de perda dentária pode afetar a qualidade de vida de diversas formas como negativamente na funcionalidade, repercutindo nas atividades diárias dos indivíduos afetados, como a mastigação, a escolha de alimentos e a fala[1] e em relação ao comprometimento estético pode prejudicar a autoestima e as relações sociais.

A perda de dentes provoca uma grande demanda por tratamentos protéticos, tornando-se, dessa forma, um desafio para a saúde pública e uma grande responsabilidade para os gestores públicos de ofertar um atendimento em saúde que seja adequado às necessidades da população[9].

Levando em conta o que foi exposto, o objetivo dessa pesquisa é o de avaliar a prevalência de perda dentária e sua associação com características sociodemográficas, escolaridade, utilização de serviços odontológicos e necessidade

de prótese dentária em população indígena aldeada do município de Aracruz – Espírito Santo.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa transversal que analisou a prevalência e incidência de doenças crônicas na população adulta aldeada no Município de Aracruz, Espírito Santo.

As aldeias se situam na reserva indígena de Aracruz, ocupando uma área de cerca de 18.000 hectares no litoral norte do estado, cerca de 80 km da capital, Vitória. A população abrange um contingente aproximado de 5 mil pessoas segundo informação colhida junto ao Serviço de Saúde Indígena em fevereiro de 2023. A reserva está dividida em duas áreas demarcadas, uma maior (cerca de 15 mil hectares) onde se situam 5 aldeias da etnia Guarani e 6 aldeias da etnia Tupiniquim. A outra área da reserva situa-se no litoral (Reserva de Comboios) onde existe apenas uma aldeia da etnia Tupiniquim.

A população elegível (≥20 anos) é composta por cerca de 2.950 pessoas, sendo que cerca de 90% são indígenas e os outros 10% são não indígenas (geralmente pessoas que se casam com indígenas e passam a viver nas aldeias). Após a divulgação do projeto na comunidade, todos os elegíveis foram convidados por meio de contato pessoal com os agentes comunitários de saúde sendo que 1.084 compareceram para a realização dos exames e entrevistas realizados em Vitória em dia previamente agendado.

A coleta de dados foi feita por meio de questionários utilizando o método da entrevista pessoal padronizada, em sala com condições de manutenção da privacidade dos indivíduos durante visita à Clínica de Investigação Cardiovascular do Centro de Ciências da Saúde da UFES.

Em dias de terça-feira, quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira durante o período da coleta de dados 06 participantes se deslocavam em veículo que atendia ao projeto até a Clínica chegando entre 07:00-07:30 h em jejum (10 a 14 h) para realização de

exames clínicos e medidas. O período de exames foi entre setembro de 2020 e julho de 2022.

As variáveis independentes desse estudo foram dados sociodemográficos, escolaridade, utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses, necessidade de prótese, a presença de dor dentária e o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

A variável dependente dessa pesquisa foi a presença de perda dentária avaliada de forma auto relatada e pelo exame clínico. Foi respondido pelos indígenas um formulário contendo questões sobre perda de dentes e expectativa em relação a essa perda. As questões avaliam a quantidade, a posição, os fatores que possivelmente causaram essa perda, também o sentimento e a expectativa das pessoas em relação a reposição desses dentes.

Foi feito exame clínico visual da cavidade bucal por uma CD e duas graduandas do curso de Odontologia treinadas ao final da entrevista para obter informações relacionadas a perda dentária. O exame seguiu uma padronização, respeitando assim a situação dos indivíduos, quanto às condições ambientais, ao local físico, critérios de diagnóstico e também quanto ao registro de dados do exame. O indivíduo permaneceu sentado de frente para o examinador que utilizou espátula de madeira e gaze para realizar os mesmos.

Como a coleta de dados ocorreu na vigência da pandemia da COVID-19, foram tomadas medidas rigorosas de proteção das examinadoras com uso de avental impermeável, máscara N95, óculos, faceshield, gorro e luvas de procedimento descartáveis. Durante a entrevista os participantes usavam máscara cirúrgica e expunham a cavidade oral pelo tempo mínimo necessário para visualização das arcadas dentárias.

Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens presentes no instrumento de pesquisa. A relação existente entre perda dentária e variáveis sociodemográficas foi realizada através do Teste Exato de Fischer. Para avaliar a força de associação entre exposição e evento foi calculado o Odds-ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise e o nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFES julgou e aprovou o projeto desse estudo em 22 de outubro de 2019 em parecer de número 3.655.623 e também houve aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 9 de fevereiro de 2020 em parecer de número 3.828.655.

Resultados

Foi feita avaliação de 1.084 (36,7%) de um total de 2.950 indígenas com mais de 20 anos aldeados no município de Aracruz, sendo que a composição dessa amostra foi similar à estrutura demográfica da população total em termos de idade, o que garante um grande poder amostral para prevalência de perda dentária que na maioria das vezes é definida pela faixa etária das pessoas.

A maioria dos indígenas era do sexo feminino 57,7%, tinha até 30 anos de idade 27,5%, casados 61,1%, com 11 anos ou mais de estudo 36,9%, de raça/cor indígena 88,6%, de etnia Tupiniquim 79,7%.

Tabela 1. Dados demográficos de indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Masculino	459	42,3
Feminino	625	57,7
Faixa etária		
Até 30 anos	298	27,5
31 – 40 anos	265	24,5
41 – 50 anos	213	19,6
51 – 60 anos	166	15,3
50 anos ou mais	142	13,1
Estado civil		
Casado/Vive com conjugue	662	61,1
Solteiro	382	35,2
Viúvo	37	3,4
Divorciado	3	0,3
Escolaridade		
Analfabeto	55	5,1
Ensino fundamental incompleto	293	27,0
Ensino fundamental completo	166	15,3
Ensino médio incompleto	57	5,3
Ensino médio completo	400	36,9
Ensino superior incompleto	62	5,7
Ensino superior completo	51	4,7
Raça/Cor		
Indígena	972	88,6
Branca	37	3,4
Negra	14	1,3
Parda	57	5,3
Amarela	2	0,2
Outra	2	0,2
Etnia		
Tupiniquim	864	79,7
Guarani	96	8,9
Outra	13	1,2
Não indígena	111	10,2
Trabalho		
Trabalho com carteira assinada	208	19,2
Trabalho informal	243	22,4
Desempregado	103	9,5
Aposentado	157	14,5
Ocupação no lar	290	26,8
Outros	83	7,7
Total	1.084	100,0

Quando foram observados os dados sobre perda dentária foi percebido que a maioria dos indígenas perdeu entre 1-4 dentes (37,4%), seguido de 5 a 16 dentes perdidos (24,8%), sendo a maioria posteriores (59,9%), tendo como causa dessa perda a cárie dentária (87,9%), também declararam ter sentindo alívio ao perder o dente (50,7%), conseguiram aceitar a perda (70,4%), tiveram como fatores que contribuíram falta de

tratamento especializado (72,4%), falta de condições financeiras (62,7%) e em relação à reposição dentária desejam o implante como primeira opção (37,7%) conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Dados sobre perda dentária nos indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Dentes perdidos		
Nenhum	228	21,0
1 – 4	407	37,4
5 – 16	269	24,8
17 – 31	106	9,8
Todos	74	6,8
Posição dentes perdidos		
Anteriores	21	2,5
Posteriores	513	59,9
Anteriores e posteriores	322	37,6
Causas prováveis de perda dentária		
Cárie	752	87,9
Doença periodontal	97	11,3
Trauma dentário	56	6,5
Outros	100	11,7
Sentimento ao perder dente		
Alívio	434	50,7
Indiferença	170	19,9
Tristeza ou raiva	310	36,3
Conseguiu aceitar a perda dentária		
Sim	603	70,4
Não	253	29,6
Fatores que contribuíram com a perda dentária		
Falta de orientação sobre saúde bucal	472	55,1
Falta de condições financeiras	537	62,7
Falta de tratamento especializado	620	72,4
Distância para receber tratamento	390	45,6
Desejo quanto à reposição dentária		
Prótese Total Removível	152	17,8
Prótese Parcial Removível	108	12,6
Implante	323	37,7
Nada	273	31,9

Em relação aos dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos percebeu-se que a maioria dos indígenas possui pelo menos um elemento dentário na cavidade bucal, ou seja, é dentada (93,2%), não precisa de prótese parcial removível (PPR) (61,9%), seguida pelos que precisam de PPR (38,1%), não precisa de prótese total removível (PTR) (86,2%), seguida pelos que precisam de PTR (13,8%).

Procuraram o enfermeiro (84,7%), o agente de saúde (80,0%), o médico (78,6%), o cirurgião dentista (CD) (63,3%). A maioria dos indígenas procurou o serviço odontológico por motivo de rotina/prevenção (51,6%), seguido pelo serviço de urgência (11,6%), sendo que (36,8%) não procuraram o serviço, o tipo de serviço odontológico mais procurado foi o do SUS (57,6%) que é um serviço gratuito, (Tabela 3).

Tabela 3. Dados sobre necessidade de prótese e utilização de serviços odontológicos por indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Número	Percentual
Situação dentição		
Dentado	1.010	93,2
Desdentado	74	6,8
Uso de Prótese Parcial Removível		
Não precisa	671	61,9
Precisa e usa	101	9,3
Precisa, tem e não usa	12	1,1
Precisa e não tem	300	27,7
Uso de dentadura		
Não precisa	934	86,2
Precisa e usa	111	10,2
Precisa, tem e não usa	10	0,9
Precisa e não tem	29	2,7
Profissional de saúde que procurou últimos 12 meses		
Cirurgião dentista	686	63,3
Técnico de saúde bucal	9	0,7
CD prático	8	0,7
Médico	852	78,6
Enfermeiro	918	84,7
Agente de saúde	867	80,0
Farmacêutico	664	61,3
Outros	134	12,4
Nenhum	18	1,7
Motivo procura dentista nos últimos 12 meses		
Urgência	126	11,6
Rotina	333	30,7
Prevenção	227	20,9
Não procurou	398	36,8
Tipo de serviço odontológico procurado		
SUS	395	57,6
Gratuito	53	7,7
Plano empresa	4	0,6
Plano particular	10	1,5
Convênio	18	2,6
Particular	206	30,0

Quando foi analisada a associação entre perda dentária e variáveis sociodemográficas foi percebido que tiveram mais perdas dentárias os indígenas com 51 anos ou mais (OR=6,393, IC95%=3,823 – 10,688), que estudaram até 10 anos

(OR=2,159, IC95%=1,599 – 2,914), sem cônjuge (OR=1,589, IC95%=1,183 – 2,134), que sentiram menos dor dentária (OR=1,714) e que tiveram mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida (OR=2,342, IC95%=1,711 – 3,205).

Tabela 4. Relação entre perda dentária, variáveis demográficas de indígenas participantes da pesquisa.

Característica	Com perda dentária		Sem perda dentária		Sig.	OR LI - LS
	Nº	%	Nº	%		
Sexo						
Masculino	365	79,5	94	20,5	0,380	1,060
Feminino	491	78,6	134	21,4		0,788 – 1,425
Faixa etária						
Até 50 anos	565	72,8	211	27,2	0,000	6,393
51 anos ou mais	291	94,5	17	5,5		3,823 – 10,688
Escolaridade						
Até EMI (10 anos)	485	84,9	86	15,1	0,000	2,159
EMC e acima (11anos)	371	72,3	142	27,7		1,599 – 2,914
Situação conjugal						
Com conjugue	313	74,2	109	25,8	0,001	1,589
Sem cônjuge	543	82,0	119	18,0		1,183 – 2,134
Trabalho remunerado						
Com trabalho	357	79,2	94	20,8	0,479	1,020
Sem trabalho	499	78,8	134	21,2		0,758 – 1,372
Procura por dentista						
Sim	543	79,2	143	20,8	0,450	1,031
Não	313	78,6	85	21,4		0,762 – 1,395
Motivo procura dentista						
Urgência	98	77,8	28	22,2	0,377	1,106
Rotina/Prevenção	445	79,5	115	20,5		0,693 – 1,764
Dor dentária						
Sim	416	74,7	141	25,3	0,000	1,714
Não	440	83,5	87	16,5		1,271 -
Impacto Bucal						
Com impacto	427	86,3	68	13,7	0,000	2,342
Sem impacto	429	72,8	160	27,2		1,711 – 3,205

Discussão

Com o passar do tempo as populações indígenas no Brasil vêm experimentando, experiências variadas de interação com a sociedade não indígena. Não obstante, são inquestionáveis e intensos os processos de mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais, com extensos impactos sobre a saúde. Essas mudanças culturais e no padrão alimentar não acompanham o nível social e econômico nos quais essas

populações vivem, desta forma acabam tendo consequências negativas no estado de saúde, como desordens nutricionais e desenvolvimento de doenças bucais[10].

Ao observar os resultados sobre perda dentária foi percebido que 180 (16,6%) indígenas perderam 17 ou mais elementos dentários, que não representa um número elevado de indivíduos, entretanto observa-se que a maior quantidade de perdas dentárias ocorrem a partir dos 50 anos e nesta amostra a maioria das pessoas se encontra na faixa etária abaixo de 50 anos (71,6%) o que poderia explicar essa pequena quantidade de indivíduos com muitas perdas dentárias. Mesmo assim, sabe-se que a maioria desses elementos dentários poderiam ter sido recuperados.

Uma pesquisa avaliou a perda dentária em indígenas Pataxó de Minas Gerais na qual a perda dentária se iniciou entre 15 e 19 anos atingindo uma média de 18,71 ±13,19 na faixa etária de 65-74 anos[11], outro estudo avaliou a indicação de exodontias em indígenas Kiriri da região Nordeste do Brasil e encontrou uma prevalência de 33% de indivíduos com indicação de exodontia, sendo 4,98% dentes por indivíduo[1].

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010[12] (SB Brasil 2010) mostrou que na faixa etária de 65 a 74 anos o CPO era de 27,5 (maioria correspondendo ao componente extraído), no grupo de 35 a 44 anos foi observada uma queda no CPO, sendo que o componente perdido caiu de 13,23 para 7,48.

Embora existam diferenças nas faixas etárias e na forma como os resultados foram expressos é possível supor uma situação melhor de condição bucal na população em geral comparada com o presente estudo, pois a maioria dos indígenas também tinha até 50 anos, ou seja, pode ser considerada uma população “adulta jovem” e perderam até 16 dentes.

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal, também as deficiências e limitações presentes nesses serviços em relação a insumos, estrutura e organização geram complicações criando barreiras que tornam a oferta de tratamento integrado e resolutivo muito difícil.

Embora na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) esteja presente o atendimento integral, resolutivo e em todos os níveis de complexidade, na saúde bucal essa atenção na maior parte das vezes fica restrita a procedimentos básicos, que leva uma grande parte das pessoas a optarem pela extração dentária como solução mais

prática e econômica em casos de necessidade de tratamentos mais complexos, principalmente quando se trata de comunidades indígenas que são mais vulneráveis e portanto enfrentam maiores dificuldades de acesso a tratamento odontológico adequado[13].

A principal causa da perda dentária relatada pelos indígenas Guarani e Tupinikin de Aracruz foi a cárie dentária (87,9%), resultado esse que tem semelhança com uma pesquisa realizada em indígenas do Alto Xingu Brasil[3] que descreveu a experiência de cárie e encontrou alta proporção de dentes perdidos para pessoas com mais de 20 anos de idade. A cárie dentária tem início como uma mancha branca, podendo ou não evoluir até chegar a destruir totalmente o dente, situação na qual é necessária a exodontia.

No território indígena de Aracruz existem 5 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) da região, sendo que cada unidade deve apresentar uma equipe de profissionais que engloba o CD. As UBSs de Pau Brasil, Caieiras Velha, Comboios e Boa Esperança possuem consultórios odontológicos com profissionais cirurgiões dentistas (CDs) atuando no atendimento.

A Unidade de Irajá tem consultório odontológico, mas ainda não tem o profissional atuando, portanto, o CD de Boa Esperança se desloca alguns dias na semana e realiza o atendimento na unidade de Irajá. A quantidade de CDs atendendo nas comunidades indígenas é excelente, pois de acordo com o Ministério da Saúde é recomendada uma equipe de ESF para cada 3.500 a 4.000 pessoas.

Provavelmente os indígenas tiveram dificuldade de acesso ao tratamento odontológico durante a pandemia, pois nesse período foi recomendado pelo Conselho Federal de Odontologia apenas atendimentos de urgência, devido ao risco de disseminação da COVID-19, o que aumentou a chance de ocorrerem perdas dentárias pela evolução da cárie dentária. Provavelmente alguns elementos dentários também foram perdidos devido a presença da filosofia antiga de tratamento, ainda enraizada em muitas regiões, na qual se houvesse dúvida no diagnóstico inicial de cárie era necessário restaurar o dente, iniciando assim o ciclo restaurador repetitivo até terminar com a exodontia do dente.

A filosofia de tratamento antiga intervencionista estava integrada ao modelo médico (décadas de 60 e 70) que preconizava a necessidade de tratamentos médicos para que as pessoas tivessem saúde. A partir da década de 80 houve uma mudança de modelo e atualmente o modelo de saúde preconizado é o modelo de promoção de saúde, claramente presente nas leis orgânicas e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

De acordo com este novo modelo de saúde são necessárias melhorias nas condições de vida das pessoas para que elas não adoeçam e também é adotada uma filosofia mais conservadora, menos intervencionista para que sejam obtidas melhorias na qualidade de vida das pessoas.

De acordo com a epidemiologia houve um declínio da doença cárie nas últimas décadas provocado principalmente pela melhoria dos fatores socioeconômicos, o que também provocou uma mudança na conduta de tratamento diante da presença da lesão no dente. Devido a essa mudança de modelo e também ao declínio da cárie dentária, na atualidade adota-se o conceito de Odontologia Minimamente Invasiva (OMI) que possibilitou a elaboração de planejamentos cavitários e de técnicas de tratamento mais conservadoras preservando, dessa forma a estrutura dentária[14], reduzindo a chance de perda de elementos, o que poderia ter evitado exodontias desnecessárias nessa população indígena.

Em relação aos sentimentos experimentados após a perda dentária os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos indígenas declararam que sentiram alívio ao perder o dente (50,7%), conseguiram aceitar essa perda (70,4%), entretanto na análise da associação foi observado que quem teve mais perdas não teve dor dentária (OR= 1,714), o que sugere que as pessoas precisaram extrair seus dentes para não sentirem dor, portanto para se sentirem aliviadas não tiveram outra opção senão aceitar a perda dos dentes.

Essa situação também pode ser observada quando são analisados os fatores que contribuíram para a perda dentária que foram falta de tratamento odontológico especializado (72,4%), falta de condições financeiras (62,7%), dados esses que mostram a característica dos serviços de saúde bucal no brasil nas últimas décadas, em que houve o predomínio de ações mutiladoras oferecida para os idosos, que encontram-se em uma situação precária com altos níveis de perdas dentárias e

edentulismo que é evidenciada em vários estudos[15,16] o que também é percebido na população adulta que possui altos níveis de edentulismo[15].

A relação entre perda dentária e faixa etária demonstrou que os indígenas com 51 anos ou mais tiveram mais perdas dentárias, o que é demonstrado por vários estudos feitos tanto em indígenas[1,12] quanto não indígenas[15,16,17] no Brasil, país em que a extração dentária em massa como solução mais prática e econômica para os problemas bucais se inicia a partir dos 30 anos[7].

Também foi observado nos resultados que os indígenas com menor escolaridade (até 10 anos de estudo) tiveram 2,15 vezes maiores chances de terem perdas dentárias. Uma pesquisa feita com índios Kiriri do Nordeste do Brasil[1] mostrou que indivíduos com escolaridade menor do que 9 anos de estudo tiveram 2,57 vezes mais chances de ter indicação para extração dentária.

Um estudo feito com índios norte-americanos[18] mostrou que a elevada educação das mães e estar empregada foram positivamente associadas a melhores escores de comportamento em saúde bucal. Condição de escolaridade mais baixa normalmente reflete uma educação em saúde mais limitada, o que em termos de saúde bucal, pode significar restrições nos conhecimentos dos métodos de prevenção de doenças bucais, especialmente relacionados à higienização, bem como busca tardia por tratamento odontológico[1].

Em relação à situação conjugal os resultados deste estudo mostraram que indígenas sem cônjuge tiveram mais perdas dentárias, o que pode estar relacionado a aparência, pois normalmente pessoas com cônjuge tem mais preocupação com a aparência e, portanto, fariam mais esforços para manter seus dentes para que sua aparência não fosse afetada.

Indígenas que tiveram mais perdas dentárias tiveram 2,3 vezes mais chance de ter impacto dos problemas bucais na qualidade de vida e esse resultado é semelhante ao encontrado por diversos estudos realizados no Brasil em populações não indígenas[19,20,21] que observaram maior impacto nas pessoas com necessidade declarada de prótese removível.

Essa perda dentária na maioria dos casos se traduz em necessidade de prótese e nesta pesquisa foi percebido que 38,1% das pessoas necessitam de PPR e 13,8%

necessitam de PTR, o que representa um dado preocupante pois sabe-se que a maioria das pessoas que perdem seus dentes vê-se impossibilitada de repor as perdas por meio de próteses, especialmente devido à falta de recursos financeiros[6,22]. Além disso, os brasileiros que fazem uso de próteses totais removíveis utilizam-nas por um período que se estende muito além do prazo recomendado para sua substituição[23].

Os indígenas que perderam seus dentes, a curto prazo se sentiram aliviados, pois como a cárie foi a principal causa das perdas, provavelmente esses indivíduos sentiram dor e não tiveram outra alternativa senão aceitar a perda de seus dentes para acabar com essa dor, entretanto a longo prazo começaram a sentir impacto na qualidade de vida devido as dificuldades encontradas na reposição desses elementos dentários, e como foi demonstrado nessa pesquisa, a maioria dos indígenas deseja implantes que ainda são tratamentos de alto custo, e de difícil acesso para grande parte da população.

A perda dentária pode ser considerada como uma saída para o fracasso de um tratamento conservador anteriormente realizado[23], sendo que as desigualdades culturais e socioeconômicas existentes, as crenças, o acesso ao atendimento, somado a isso a própria percepção individual, contribuem para esta condição e exercem grande influência sobre a decisão de extrair um dente[24,25].

Esse tratamento feito não resolutivo e sem priorizar o tratamento concluído, seguindo os princípios de uma odontologia invasiva – na dúvida invada e restaure o dente - ainda vigente em várias regiões faz com que o elemento dentário entre no ciclo restaurador repetitivo que terminará com a exodontia do elemento. Devido ao declínio da doença cárie que ocorreu principalmente devido as melhorias nas condições socioeconômicas das pessoas[26] seria possível adotar os princípios da Odontologia Minimamente Invasiva que preconiza tratamentos odontológicos mais conservadores que reduziriam as chances de perda de elementos dentários.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro ainda não é suficiente, nem tem estrutura adequada na prática para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população, principalmente nas faixas etárias mais avançadas. Devido a isso, como solução mais econômica e mais prática, dentes que poderiam ser recuperados são extraídos[7,23] o que é lamentável, pois a perda dentária pode representar um evento

de forte impacto, que, pode causar, além de danos funcionais, desequilíbrio na organização psíquica e social das pessoas[23].

Além disso a perda dentária também representa aumento de custo para o serviço com o aumento da necessidade de próteses ou implantes como é desejado pela população pesquisada.

Esses resultados demonstram um componente social muito importante e também as desigualdades no acesso a serviços de saúde bucal que deixam clara a vulnerabilidade das populações indígenas. As iniquidades em saúde têm sido ampliadas devido a intervenções feitas em saúde sem um planejamento adequado, não possibilitando a universalização e a equidade[27,28].

Os reais problemas dessas comunidades ainda são desconhecidos, pois a ampliada presença do modelo biomédico faz com que haja um distanciamento entre profissional e usuários dos serviços de saúde[29].

A saúde bucal deve ser entendida como fenômeno social por meio do panorama epidemiológico, somado a disponibilidade de serviços odontológicos. Dessa forma, o perfil curativista restritivo, da naturalização da perda dentária e a ênfase no "protesismo" devem ser transcendidos pela promoção da saúde bucal indo além do limite clínico e odontológico[29] e visando principalmente melhorias não apenas na saúde, mas também na qualidade de vida desses indígenas.

Conclusão

Os resultados dessa pesquisa mostraram que 180 (16,6%) indígenas perderam 17 ou mais elementos dentários, o que não representa uma grande quantidade de indivíduos com muitas perdas dentárias, entretanto pode-se sugerir uma pior condição bucal dessa população indígena comparada com a população em geral.

As perdas dentárias apresentaram associação estatisticamente significante com idade maior que 51 anos, menor escolaridade (até 10 anos de estudo), ausência de cônjuge, ausência de dor dentária e quem teve perdas dentárias apresentou maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Referências

1. Coelho TRC, Sampaio HBC, Araujo NS, Cury PR. Indicação de exodontias e fatores associados: estudo transversal na população indígena Kiriri. Cienc Saúde coletiva, 2021; 26(Supl. 3):5223-232.

2. Paraguassu EC, Figueira KS, Lacerda JP, Neto UGG, Gomes CEV. Qualidade de vida e satisfação em usuários de prótese total no estado do Amapá, Brasil, 2019; Sup.27: 1-7.

3.Rigonatto DDL, Antunes JLF, Frazão P. Experiência de cárie dentária em índios do Alto Xingu, Brasil. Rev Inst Med Trop, 2001; 43(2): 93-98.

4.Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm. Acessado: 02/05/2023.

5.Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n. 852, de 30 de setembro de 1999.

6.Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R, Peres MA, Thomson WM. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia, Community Dent Oral Epidemiol, 2017; 1-8.

7. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 6 ed. São Paulo: Santos; Ed. 2015.

8. Carvalho LF, Melo JRO, Ramos JG, Lima RA, Carvalho FAA. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos, RvAcBO, 2018; 8(1): 40-48.

9. Bitencourt FV, Corrêa HW, Toassi RFC. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde, Cienc Saúde Coletiva, 2019; 24(1):169-180.

10.Moura PG, Batista LR, Moreira EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. Rev Nutr, 2010; 23(3):459-65, maio/jun.

11.Netto EU, Ferreira FLC, Drummond MM, Sanchez HF. Perda dentária e necessidade de prótese em indígenas Pataxó, Rev Gaúcha Odontol, 2012; 60(2):195-201, abr/jun.

12.BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf, Acesso em: 28 de abr 2023.

13.Pucca Júnior GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. J Dent Res 2015; 94(10):1333-1337.

14. Neto JMAS, Agra LAC, Luz MCM, Souza SVP, Santos JV, Mendonça ICG. Os avanços da odontologia minimamente invasiva nos dias atuais. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(2): 1-7.

15.Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saude Publica 2005; 21(6):1665-1675.

16.Silva AER, Echeverria MS, Custódio NB, Cascaes AM, Camargo MBJ, Langlois CO. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos, Cienc Saúde Coletiva, 2018; 23(12):4269-4276.

17.Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998, Rev Bras Epidemiol, 2003; 6(1):49-57.

18.Heaton B, Crawford A, Garcia RI, Henshaw M, Riedy CA, Barker JC. Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries. J Public Health Dentistry 2017; 77(4):350-359.

19.Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. Cienc Saúde Coletiva, 2012; 17(2): 397-406.

20.Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil, Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2008; 8(1):7-14, janeiro-abril.

21. Aguiar AD, Oliveira ERA, Miotto MHMB. Perda dentária, condições sociodemográficas e saúde bucal – Qualidade de vida relacionada em idosos. Pesq Bras Odontoped e Clin Integrada, 2022; 22:e200189.

22.Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Cien Saude Coletiva 2006; 11(1):211-218.

23.Silva MÊS, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva, 15(3):841-850, 2010.

24.Song IS, Han K, Choi YJ, Ryu JJ, Park JB. Influence of oral health behavior and sociodemographic factors on remaining teeth in Korean adults: 2010-2012 Korea national health and nutrition examination survey. Medicine (Baltimore) 2016; 95(48):e5492.

25.Figueiredo A, Soares S, Lopes H, Santos JN, Ramalho LM, Cangussu MC, Cury PR. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. J Clinical Periodontol 2013; 40(11):1001-1006.

26. Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in the1970s and early 1980s. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1995; 23:331-39.

27.Celestino AF Jr, Soeiro DA, Aimée JAB, Carvalho RM, Rendeiro RM, Casseb TF, et al. Teatro mudo como alternativa de educação em saúde bucal com indígenas no Estado do Pará. Rev ABENO. 2017; 17(1):2-7.

28.Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Hirooka LB, Guisilini AC, Narvai PC. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um

olhar a partir de indicadores de avaliação. Cad Saude Publica. 2018; 34(4):e00079317.

29. Maciel JAC, Monteiro AKA, Pará JWS, Sousa JR, Castro-Silva IL. “With a toothache, everything seems to be bad in life!”: oral health in the indigenous community of Tremembé, Ceará, Brazil, Interface, 2022; 26(Supl. 1): e220239.

8. CONCLUSÃO GERAL

A prevalência de dor dentária espontânea foi de quase um terço na população indígena nos últimos 6 meses. Foi encontrada associação estatisticamente significante da odontalgia com sexo feminino, em pessoas com até 50 anos de idade, com maior escolaridade, sem cônjuge, com menos perdas dentárias e que não aceitaram as perdas dentárias. Os indígenas que sentiram mais dor dentária foram os que procuraram o serviço odontológico por motivo de urgência, não tinham necessidade declarada de prótese parcial ou total removível e que tiveram mais impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

A prevalência de impacto na qualidade de vida dos problemas bucais nos indígenas foi maior do que o impacto que vem sendo observado na população em geral. Indígenas com até 50 anos de idade, que utilizaram o serviço odontológico por motivo de rotina/prevenção, com necessidade declarada de PPR e sem necessidade de PTR relataram maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Não foi encontrada uma grande quantidade de indivíduos com muitas perdas dentárias, entretanto pode-se sugerir uma pior condição bucal dessa população indígena comparada com a população em geral. As perdas dentárias apresentaram associação estatisticamente significante com idade maior que 51 anos, menor escolaridade (até 10 anos de estudo), ausência de cônjuge, ausência de dor dentária e quem teve perdas dentárias apresentou maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida.

Esses resultados representam um alerta para gestores sobre a necessidade de que sejam criadas políticas públicas para melhor organização dos serviços de atendimento odontológico tornando-os mais resolutivos, além disso devem ser desenvolvidas estratégias de prevenção e promoção em saúde para atuar na melhoria da qualidade de vida desses povos.

9. REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. D.; OLIVEIRA, E. R. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Tooth Loss, Sociodemographic Conditions and Oral Health Related Quality of Life in the Elderly, **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, v. 22, p. e200189, 2022.

ALMEIDA, A. M.; LOUREIRO, C. A.; ARAÚJO, V. E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural lingüística. **UFES Revista Odontol.**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-15, jan./abr. 2004.

ALVARENGA, F. A. S. et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 40, n. 3, p. 118-124, 2011.

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

ARANTES, R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR, C. E. A. SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde Dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ABRASCO, p. 49-72, 2003.

ARANTES, R.; FRAZÃO P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. **Tempus**, v. 7, n. 4, p. 169-180, 2013.

ARANTES R; FRAZÃO P. Subjetivo oral symptoms associated with self-rated oral health amont Indigenous groups in Central-West Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.**, p. 1-8, 2018.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 375-384, 2001.

BALDISSEROTTO, J.; FERREIRA, A. F.; WARMLING, C. M. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil, **Cad. Saúde Colet.**, v. 27, n. 4, p. 468-475, 2019.

BARCELLOS, L. A.; LOUREIRO, C. A. O público do serviço odontológico. **UFES Rev. Odontol.**, v. 6, n. 2, p. 41-50, maio/ago., 2004.

BASTOS, J. L. D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual, **Cienc. Saúde Colet.,** v. 12, n. 6, p. 1611-1621, 2007.

BENNADI, D.; REDDY, C. V. K. Oral health related quality of life. **J. Int. Soc. Prev. Community Dent.**, v. 3, n. 1, p. 1-6, 2013.

BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 105-112, 2012.

BITENCOURT, F. V.; CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 169-180, 2019.

BOMBAK, A. E; BRUCE, S. G. Self-rated health and ethnicity: focus on indigenous populations. **Int. J. Circumpolar Health**., v. 71, p. 1-10, 2012.

BOMBARDA-NUNES, F. F. B.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, v. 8, n. 1, p. 7-14, 2008.

BRAGA, M. L. A. Medo, ansiedade e odontalgia em pacientes atendidos em uma Clínica-Escola de Odontologia. **Arch Health Invest.**, v. 10, n. 8, p. 1205-1211, 2021.

BRANDÃO, D. G.; MORAES, J. S. M. O.; ROMÃO, D. A. A saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

BRASIL. **Critério de Classificação Econômica Brasil/2012**. ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=285>. Acesso em: 30 jan. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003:** Resultados Principais. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf. Acesso em: 14/06/2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria n. 852, de 30 de setembro de 1999**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm. Acessado: 02/05/2023.

BRASIL. **NORMAS BRASIL. Portaria MJ nº 1.463 de 27/08/2007**. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1463-2007_203540.html. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. SB-Brasil 2010**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_nacional_bucal_0609.pdf. Acesso em: 15 de out. 2012.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Santos, 1998.

CALMON, M. V. et al. Impact of oral health problems on the quality of life of women with breast câncer, **RGO**, v. 67, 2019.

CARDOSO, M. et al. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. **Cien. Saude Colet.**, v. 21, n. 4, p. 1239-1245, 2016.

CARVALHO, L. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. **RvAcBO**, v. 8, n. 1, p. 40-48, 2019.

CELESTINO, A. F. Teatro mudo como alternativa de educação em saúde bucal com indígenas no Estado do Pará. **Rev. ABENO**. v. 17, n. 1, p. 2-7, 2017.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, v. 10, n. 2, p. 46-51, abr./jun., 2008.

COELHO, T. R. C. Indicação de exodontias e fatores associados: estudo transversal na população indígena Kiriri. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 26(Supl. 3), p. 5223-5232, 2021.

COHEN, L. K., JAGO, J. D. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int. J. Hlth**. Serv., v. 6, n. 4, p. 681-698, 1976.

CONSTANTE, H. M. et al. Mediators between education and dental pain: a cross-sectional study to assess the role of dental services utilization. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 124, n. 1, p. 62-67, Feb., 2016.

COSTA, S. M.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M. H. N. G. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 7, p. 1971-1980, 2013.

CUSHING A. M.; SHEIHAM A.; MAIZELS J. Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease. **Comm. Dent. Health.**, v. 3, n. 1, p. 3-17, Mar. 1986.

ECHEVERRIA, M. S.; DUMITH, S. C.; SILVA, E. R. A. Prevalência e fatores associados a dor dentária – estudo de base populacional com adultos e idosos do sul do Brasil, **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, e20200039, 2020.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Cienc. Saude Colet.**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FERREIRA. et. al. Aspectos psicossociais e percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos no Sul do Brasil., **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, 2020.

FIGUEIREDO, A. et al. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. **J. Clinical Periodontol.**, v. 40, n. 11, p. 1001-1006, 2013.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, 1999.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998, **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2003.

GARNELO, L; BRANDÃO, L. C.; LEVINO, A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 634-640, 2005.

GIDDON, D. B. et al. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care: dentistry as a model. **Public Health Rep.**, v. 91, n. 6, p. 508-513, Nov./Dec. 1976.

GIFT, H. C. Results in search fields of oral health: challenger and opportunits. In: Slade, G. D. (ed). **Measuring Oral Health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Caroline, Dental Ecology, 1997.

GOES, O. S. et al. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. **Acta Odontol Scand.**, v. 66, n. 1, p. 7-12, 2008.

HÁ, D. H. et al. Social inequality in dental caries and changes over time among Indigenous and nonIndigenous Australian children. **Aust. N. Z. J. Public Health**, v. 40, n. 6, p. 542-547, Dec. 2016.

HEATON, B. et al. Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries. **J. Public Health Dentistry**, v. 77, n. 4, p. 350-359, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde**. 2003.

JAMIESON, L. Challenges in identifying indigenous peoples in population oral health surveys: a commentary. **BMC Oral Health**, v. 21, p. e216, 2021.

JESUS, J. T. A. et al. Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar, **Arch. Health Invest.**, v. 9, n. 1, p. 23-27, 2020.

KAPLAN, G; BARON-EPEL, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? **Soc. Sci. Med.**, v. 56, p. 1669-1676, 2003.

KNACKFUSS, A. P.; COSTENARO, R. G. S.; ZANATTA, F. B. Dor odontológica e indicadores de risco em jovens. **RGO**, v. 59, n. 2, p. 185-191, 2011.

LEMOS, P. N. et al. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 1, p. e20171725, 2018.

LEMOS, P. N. et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. **Cad. Saude Publica**, v. 34, n. 4, p. e00079317, 2018.

LIMA, K. E. R. Attention to oral health for indigenous peoples in brazil: an integrative review, **Braz. J. of Develop**, v. 6, n. 4, p. 18704-713, apr., 2020.

LOCKER, D. Subjective indicator of oral health status. In: Slade, G. D. (Ed). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997a.

LOCKER, D. Conceptions of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. D. (Ed). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997b.

LOCKER, D.; GRUSHKA M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: prelimirnary results ofa mail survey. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 15, p. 169-72, 1987.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Evaluation of subjetive oral health status indicators. **J. Public. Health Dent.**, v. 54, n. 3, p. 167-176, Summer, 1994.

LOCKER, D.; SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 59, n. 10, p. 830-838, Oct. 1993.

MACIEL, J. A. C. et al. “Com dor de dente, tudo é ruim nesta vida!”: saúde bucal na comunidade indígena de Tremembé, Ceará, Brasil, **Interface**, v. 26(Supl. 1), 2022.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Tooth pain and associated factors among adolescents of a large population municipality in Northeastern Brazil, **Cienc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 2, p. 673-682, 2020.

MAURÍCIO, H. A; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes, **Cienc.Saúde Colet.**, v. 25, n. 10, p. 3765-3772, 2020.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. uma revisão sobre indicadores subjetivos de saúde bucal oral health impact profile OHIP. **UFES Rev. Odontol.**, v. 3, n. 1, p. 32-38, jan./jun. 2001.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MIOTTO, M. H. M. et al. Impact Produced by Oral Conditions on the Quality of Life of Brazilian Workers of a Mixed-Economy Company, **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

MIOTTO, M. H. M. B.; LOUREIRO, C. A. Efeito das características sociodemográficas sobre a freqüência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **UFES Revista Odontol.**, v. 5, n. 3, p. 6-13, set./dez. 2003.

MIOTTO, M. H. M. B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motive de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, 2012.

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, nov./dez., 2005.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev. Nutr.**, v. 23, n.3, p. 459-465, maio/jun., 2010.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in

the1970s and early 1980s. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 23, p. 331-339, 1995.

NARVAI, P. C., et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, jun., 2006.

NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FRAZÃO P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 196-200, abr., 2000.

NASCIMENTO, A. D. A. Satisfação dos usuários atendidos na Clínica Integral de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. **RFO**, v. 25, n. 1, p. 66-73, jan/abr, 2020.

NETO, J. M. A. S. et al. Os avanços da odontologia minimamente invasiva nos dias atuais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-7, 2021.

NETTO, E. U. et al. Perda dentária e necessidade de prótese em indígenas Pataxó, **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 60, n. 2, p. 195-201, abr/jun., 2012.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

OLIVEIRA, E. J. P. et al. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. **Cienc. Saúde Coetiva**, v. 23, n. 3, p. 763-772, 2018.

OPPENHEIM, A. M. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement.** London: Pinter, 1993.

PARAGUASSU, E. C. Qualidade de vida e satisfação em usuários de prótese total no estado do Amapá, Brasil, **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. Sup.27: 1-7, 2019.

PASSOS-SOARES, J. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de adultos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 17, n. 2, p. 158-163, mai./jun., 2018.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERES, M. A. et al., Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saude Publica**, v. 28(Suppl), p. 90-100, 2012.

PETERSEN, P. E. Dental visits ans self-assesment of dental health status in the adult Danish population. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 11, p. 162-168, 1983.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Comm. Dent Oral Epidemiol.**, v. 31(Supl. 1), p. 3-24, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6 ed., Ed. Santos, São Paulo, 2015.

PINTO, V. G 1997. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil, In: KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. Ed. Artes Médicas, São Paulo, 1997.

PUCCA JÚNIOR, G. A. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J. Dent. Res.**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

QUEIROZ, et al. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde buccal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 4, p. 1277-1286, 2019.

REISINE, S. a. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. **Ann. Rev. Public Health**, v. 9, p. 1-19, 1988.

RIGONATTO, D. D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 43, n. 2, p. 93-98, Mar.\Abr., 2001.

RODAKOWSKA, et al. Qualidade de vida medida por OHIP-14 e GOHAI em idosos de Bialystok, nordeste da Polônia, **BMC Oral health**, v. 14, p. 1-8, 2014.

SALOTO, J. P. S.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos de Iúna, ES. **UFES Rev. Odontol.**, v. 9, n. 3, p. 31-36, 2007.

SANTOS, A. S. F. Uso de serviços de saúde bucal entre idosos brasileiros: mediação pela perda dentária, **Cienc. Saúde Colet.**, v. 27, n. 7, p. 2777-788, 2022.

SCHUURS, A. H. B. et al. Value of the teeth. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 22-26, Feb. 1990.

SCHUCH, H. S. et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia, **Community Dent. Oral Epidemiol.**, p. 1-8, 2017.

SILVA et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Cien. Saúde Colet.**, v. 15, n. 3, p. 841-850, 2010.

SILVA, A. E. R. et al. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 12, p. 4269-4276, 2018.

SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; JÚNIOR, A. V. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara. **Departamento de odontologia Social**, São Paulo, 2004.

SLADE, G, D. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, n. 25, p. 284-90, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Comm. Dent. Health.**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994.

SONG, I. S. Influence of oral health behavior and sociodemographic factors on remaining teeth in Korean adults: 2010-2012 Korea national health and nutrition examination survey. **Medicine (Baltimore)**, v. 95, n. 48, p. e5492, 2016.

SOUZA, T. A. C. Oral health disparities among Brazilian self-identified indigenous individuals. **Tempus**, v. 13, n. 3, p. 153-68, 2020.

SOUZA, T. A. C.; FERREIRA, E. F. A saúde bucal no povo indígena Wajãpi do estado do Amapá, **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012;135-48.

SOUSA, B. C. C.; MITTMANN, R. M.; SILVA, M. S. L. Saúde bucal dos povos indígenas do brasil, **J. Business Techn**., v. 9, n. 1, p. 3-20, 2019.

STEELE, J. G. et al. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. London, **Br. Dent. J.**, v. 180, p. 17-23, 1996.

SVENSSON, L.; HAKEBERG, M.; WIDE, U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. **Acta Odontol. Scand.**, v. 76, n. 6, p. 401-406, aug., 2018.

TAVARES, I. S.; CARVALHO, C. A. P.; CARVALHO, F. S. Experiência de dor de dente de acordo com risco familiar em município do nordeste brasileiro, **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e22711628862, 2022.

TUBERT-JEANNIN, S. et al. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. **Community Dent. Oral Epidemiol.,** v. 31, p. 275-284, 2003.

WENCZENOVICZ, T. J. Saúde Indígena: Reflexões Contemporâneas. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 63-82, jan./mar, 2018.

YEH, D. Y. et al. The Responsiveness of Patients' Quality of life to dental caries treatment – A prospective study. **Plos One**, p. 1-12, oct. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 - Formulário Perfil do Impacto da Saúde Bucal - OHIP – 14

1. Hora de Início da aplicação do questionário

Hora	Minutos

Orientação: Ao responder este roteiro não existe resposta certa ou errada. Sinta-se à vontade e pergunte qualquer coisa que quiser ao entrevistador. Você deve responder as perguntas sobre fatos acontecidos nos últimos 12 meses, até ontem. Itens (assinalar com x)	Sempre	Freqüentemen	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
Item OHIP 1. Você teve problemas com a pronúncia de qualquer palavra por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 2. Você sentiu que o gosto da comida diminuiu por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentadura?						
Item OHIP 3. Você sentiu dor em sua boca?						
Item OHIP 4. Você achou-se incomodado para comer algum tipo de comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou dentaduras?						
Item OHIP 5. Você tem sentido desconfortável consigo mesmo por causa dos seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 6. Você sentiu-se estressado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou dentadura?						
Item OHIP 7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 8. Você teve que interromper refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 9. Tem sido difícil relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 10. Você já sentiu um pouco de vergonha por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 11. Você esteve um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 12. Você teve dificuldade para fazer suas obrigações por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 13. Você sentiu que a sua vida em geral estava sendo pior do que poderia ser por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 14. Você esteve totalmente incapaz de exercer suas atividades por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						

Item ISSB05. 2. Hora de Término da aplicação do questionário

Hora	Minutos

ANEXO 2 - QUESTÕES SOBRE DOR OROFACIAL

1. Nos **últimos seis meses** você sentiu dor de dente espontânea? **( ) SIM ( ) NÃO**
Se a resposta for **SIM**, qual a intensidade da dor sentida?
( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Muito Intensa ( ) Horrível ( ) Intolerável

2. Você poderia marcar na linha abaixo o tamanho dessa sua últma dor de dente?. Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez) a dor pior possível.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor **Dor pior Impossível**

3. Nos **últimos seis meses** você sentiu dor de dente provocada por líquidos quentes ou frios ou alimentos doces? **( ) SIM ( ) NÃO**
Se a resposta for **SIM**, qual a intensidade da dor sentida?
( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Muito Intensa ( ) Horrível ( ) Intolerável

4. Você poderia marcar na linha abaixo o tamanho dessa sua última dor de dente?. Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez) a dor pior possível.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor **Dor pior Impossível**

5. Em relação aos **últimos seis meses** qual a melhor declaração que descreve você?
( ) Nunca tinha dor ou desconforto na boca ou rosto. ( ) Poucas vezes tinha dor ou desconforto ( ) Tinha vários episódios de dor ou desconforto ( ) Tinha dor ou desconforto o tempo todo. .

6. Se teve dor de dente nos **últimos seis meses**,procurou algum dentista?
( ) SIM ( ) NÃO
Se a resposta for **SIM,** onde procurou o serviço? ( ) Posto de Saúde ( ) Particular
( ) Dentista Prático ( ) Outro Qual:_____
Se a resposta for **SIM,** quantas vezes você precisou comparecer ao serviço?
( ) Uma vez ( ) Duas vezes ( ) Três vezes ou mais
Se a resposta for **NÃO,** porque não procurou?
( ) Medo **( )** Não sentiu necessidade **( )** Não teve licença da empresa **( )** Falta de dinheiro
( ) Não conseguiu atendimento no posto de saúde **( )** Insatisfação com tratamento anterior
( ) Outro motivo Qual: _____

ANEXO 3 - QUESTÕES SOBRE PERDA DENTÁRIA

1. Quantos dentes foram perdidos ?
2. Qual(is) dente(s) foram perdido(s) ?
( )Anterior(es) ( ) Posterior(es)

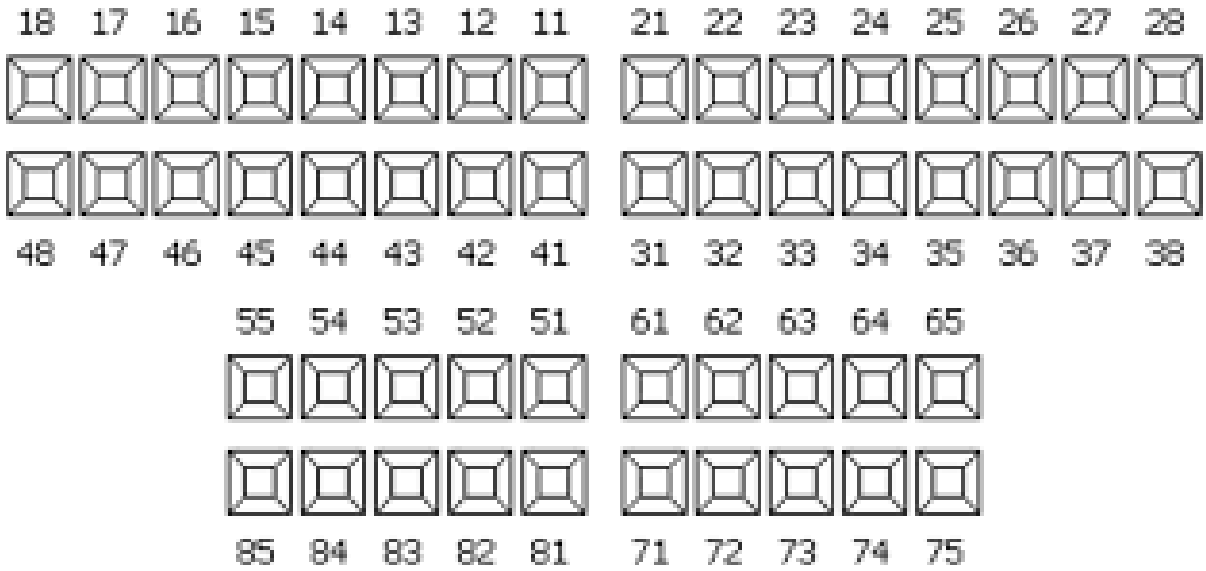
3. Quais foram as prováveis causas das perdas dentárias ?
( )Cárie
( )Doença Periodontal
( ) Trauma dentário
( ) Outro

4. Na opinião do sr.(a) qual foi o sentimento ao saber que perderia o dente ?
( )Alívio
( )Indiferença
( ) Tristeza ou raiva

5. O sr.(a) conseguiu aceitar a perda do dente?
( )Sim
( )Não

6. Existem alguns fatores que podem contribuir para a perda dentária. Na sua opinião quais fatores contribuíram ?
( )Falta de orientações sobre higiene bucal
( )Falta de condições financeiras para realização de tratamento adequado
( ) Falta de tratamento odontológico especializado
( )Distância para receber tratamento

7. O que o sr.(a) espera em relação a reposição do(s) elemento(s) dentário(s) perdidos?
( )Desejo uma dentadura
( )Desejo um roach
( ) Desejo implantar outro(s) elemento(s) dentário(s)
( )Não desejo repor esse(s) elemento(s) dentário(s)


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
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

ANEXO 4– FORMULÁRIO NECESSIDADE DE PRÓTESE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

1. Situação da dentição
( )Dentado ( )Desdentado total ( ) Não sabe ( ) Recusou
Obs:Dentado é aquele que possui pelo menos um dente natural na boca

2. Você usa Roach (Perereca) ou Ponte móvel ?
( ) Não precisa ( ) Precisa e usa ( ) Precisa, tem e não usa ( ) Precisa e não tem
( ) Não sabe ( )Recusou

3. Você usa dentadura ?
( ) Não precisa ( ) Precisa e usa ( ) Precisa, tem e não usa ( ) Precisa e não tem ( ) Não sabe ( )Recusou

As questões em seguida perguntam sobre contato com profissionais de saúde nos últimos 12 meses.

Item	Profissional	Sim	Não
Item ISSB03. 1. Você foi atendido por um dos seguintes profissionais de saúde nos últimos 12 meses?	Dentista		
	THD (Técnico de Higiene Dental)		
	Dentista Prático		
	Médico		
	Enfermeiro / Auxiliar de Enfermagem		
	Agente de Saúde		
	Farmacêutico		
	Outros		
	Não Sabe		
	Não procurou		
	Recusou		

Item	Tipo de tratamento	Sim	Não
Item ISSB03. 2. Qual foi o motivo para procurar o Dentista nos últimos 12 meses?	Urgência		
	Tratamento rotina		
	Prevenção		
	Não procurou		
	Não Sabe		
	Recusou		

Item	Tipo de Serviço	Sim	Não
Item ISSB03. 3. Que tipo de Dentista te atendeu nos últimos 12 meses?	Dentista da Prefeitura (SUS)		
	Serviço gratuito		
	Faculdade de Odontologia		
	Dentista gratuito da empresa		
	Dentista da empresa subsidiado		
	Plano de Saúde da Empresa		
	Plano de Saúde particular		
	Dentista de Convênio		
	Não sabe ou recusou		
	Dentista Particular		
	Outros		
	Nenhum		
	Dentista prático		

ANEXO 5 – Aprovação do CEP do Centro de Ciências da Saúde da UFES

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incidência de hipertensão arterial e diabetes nas comunidades indígenas do Espírito Santo.
Pesquisador: JOSÉ GERALDO MILL
Área Temática: Estudos com populações indígenas;
Versão: 2
CAAE: 22563019.6.0000.5060
Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.655.623

Apresentação do Projeto:
O projeto visa avaliar a condição sistêmica e presença de doenças crônicas na população indigena de Aracruz através de avaliação clinica, exames laboratoriais e questionário.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Realizar estudo de base populacional (população inteira) de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na população indígena de adultos (>20 anos) que residem nas aldeias de Aracruz, Espírito Santo.

Objetivo Secundário:
1. Determinar prevalência de sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doença renal crônica em adultos de ambos os sexos.
2. Estimar a incidência destas doenças no intervalo entre o estudo de 2004/5 (levantamento inicial) e atual 2019/2021.
3. Determinar a influência dos polimorfismos genéticos no incremento pressórico da pressão arterial com a idade e na distribuição das lipoproteínas plasmáticas.
4. Caracterizar parâmetros atuais da atenção básica à saúde (exames preventivos, uso de vacinas, uso demedicamentos, etc) na população indígena do Espirito Santo.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

ANEXO 6 – Aprovação da CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incidência de hipertensão arterial e diabetes nas comunidades indígenas do Espírito Santo.

Pesquisador: JOSÉ GERALDO MILL

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 22563019.6.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPIRITO SANTO - FAPES
CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.828.655

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435878.pdf de 13/01/2020) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um conjunto de patologias cuja incidência depende, em geral, tanto da predisposição genética como de fatores ligados ao estilo de vida, cabendo destaque sob este aspecto aos hábitos alimentares, o gasto calórico no exercício, a capacidade adaptativa aos estressores ambientais, dentre outros (1,2). Nosso grupo de pesquisa vem estudando há cerca de 15 anos a interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais no aparecimento de doenças crônicas, com foco nas doenças cardiovasculares (com destaque para a hipertensão arterial), no diabetes, na obesidade e nas dislipidemias. Alguns destes estudos foram pioneiros em população brasileira, como a detecção da associação entre o polimorfismo T do angiotensinogênio com a pressão arterial e hipertrofia ventricular esquerda (3,4) ou a associação entre o polimorfismo na proteína NPHS2 e a lesão renal precoce, traduzida

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br