

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Eliza de Aguiar e Silva

**NECESSIDADE PROTÉTICA DA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DE SANTO ANTÔNIO DO GUAPORÉ-
RONDÔNIA-BRASIL**

Taubaté - SP
2008

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Eliza de Aguiar e Silva

**NECESSIDADE PROTÉTICA DA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DE SANTO ANTÔNIO DO GUAPORÉ-
RONDÔNIA-BRASIL**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Odontologia da Universidade de
Taubaté. Área de Concentração: Prótese
Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Sigmar de Mello Rode

Taubaté - SP
2008

SILVA, Maria Eliza de Aguiar e.

Necessidade Protética da População Quilombola de Santo Antônio do Guaporé – Rondônia - Brasil/ por Maria Eliza de Aguiar e Silva. – Porto Velho, RO s,n., 2008. 75 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Taubaté – São Paulo

Área de Concentração: Prótese Dentária

Orientador: Prof. Dr. Sigmar de Mello Rode

1. Palavras-Chave: Saúde Bucal, Prótese Dentária, Populações Vulneráveis.

MARIA ELIZA DE AGUIAR E SILVA
**NECESSIDADE PROTÉTICA DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE SANTO
ANTÔNIO DO GUAPORÉ-RONDÔNIA-BRASIL**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade de Taubaté, pela banca examinadora formada pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Sigmar de Mello Rode
Orientador
Universidade de Taubaté

Prof. Dra. Ana Cristina Claro Neves
Examinadora
Universidade de Taubaté

Prof. Dr. Luiz Alberto Plácido Penna
Examinador
Universidade Metropolitana de Santos

Taubaté-SP, 18 de julho de 2008.

Dedico aos meus familiares, em especial aos meus netos: João Pedro, Lara e Victor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sigmar de Mello Rode, pela paciência, presteza, amizade querida e cortês na condução da elaboração desta dissertação.

Aos meus mestres atuais, por terem contribuído e participado da minha formação.

Aos meus mestres não tão atuais, mas que marcaram minha existência e fizeram toda a diferença por terem me formado com ética e amor ao próximo.

Aos dirigentes da Unitau, pela sensibilidade de propiciar o desenvolvimento do nosso Estado de Rondônia.

Aos meus colegas de mestrado, por todos momentos felizes que compartilhamos.

Aos meus genros Jefferson Dorighetto Bonifácio e Ricardo Augusto Sena, ao primeiro duplamente, por ser meu colega de mestrado e gentilmente ter sido o examinador da população quilombola e o segundo por fazer companhia ao primeiro nas viagens.

Ao Henrique, ao Luis Carlos e ao Cláudio por comporem a equipe que prestou atendimento à população quilombola, sujeitos de nossa pesquisa.

À população quilombola.

À Rita Jeane Reis e a Neire Abreu Mota, pela colaboração.

À Leandra Perdigão, bibliotecária da Faculdade São Lucas, que a todos ajudou.

RESUMO

As populações remanescentes de quilombos tiveram seu direito à propriedade das terras que ocupam garantido pelo Art. 68 dos Atos das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988. Entretanto, essas populações ainda enfrentam dificuldades de acesso a serviços essenciais como os de saúde. A proposta deste trabalho é apresentar dados referentes ao acesso a serviços odontológicos e estimar a necessidade de prótese da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, Brasil. Para isso, foi realizado um estudo transversal seguindo a metodologia proposta pelo Projeto SB Brasil 2003 para identificar as condições de acesso e a necessidade de prótese dessa população. Foram examinadas 29 pessoas acima de 12 anos de idade. Das 62,1% dessas pessoas que consultaram o dentista pelo menos uma vez; 37,9% consultaram havia mais de três anos; 41,4% foram atendidos no serviço público; para 58,6% dos examinados, o motivo da consulta foi a dor e 44,8% avaliaram o atendimento como bom. Em relação à necessidade de prótese, 48,3% necessitam de prótese superior e 72,4% inferior; 17,2% necessitam de combinação de próteses superior, e 13,8% inferior. Os dados apontam a dificuldade das condições de acesso ao serviço odontológico, e a precariedade das condições bucais, marcadas pela necessidade de tratamento reabilitador.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Prótese Dentária. Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

The leftover populations of hiding-places had a right to the property of the lands that they occupy guaranteed by Art. 68 of the Acts of the Transitory Arrangements of the Federal Constitution of 1988. Meantime, these populations still face difficulties of access to essential services like those of health. The proposal of this work is to present data referring to the access to odontologic services and appreciates the necessity of prosthesis of the population fugitive Negro slave of Saint Antônio of the Guaporé, Rondônia, Brazil. For that, a cross study was carried out when Brazil 2003 is following the methodology proposed by the Project SB to identify the conditions of access and the necessity of prosthesis of this population. 29 persons were examined above 12 years of age. Of 62,1 % of these persons who consulted the dentist at least once; 37,9 % consulted that there were more than three years; 41,4 % was attended in the Civil Service; for 58,6 % of the examined ones, the cause of the consultation went to pain and 44,8 % they valued the service like good. And relation to the necessity of prosthesis, 48,3 % needs superior prosthesis inferior and 72,4 %; 17,2 % needs combination of próteses inferior superior, and 13,8 %. The data point to the difficulty of the conditions of access to the odontologic service, and the precariedade of the buccal conditions, marked by the necessity of treatment reabilitador.

Key words: Buccal Health. Dental Prosthesis. Vulnerable Populations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Número e porcentagem de indivíduos entre 13 e 73 anos de idade, segundo sexo.	46
Tabela 2-Número e porcentagem de indivíduos segundo o acesso a serviços odontológicos.	46
Tabela 3-Número e porcentagem de indivíduos que necessitam prótese segundo o tipo de prótese dentária.	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Códigos e critérios para o uso de prótese	41
Quadro 2- Códigos e critérios para a necessidade de prótese	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ATER – Assistência Técnica de Extensão Rural

ARQMO – Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombos do Município de Oriximiná

BCP - Benefício de Prestação Contínua

CPOD – Dentes Criados, Perdidos e Obturados

CPI-SP – Comissão Pró-Índio de São Paulo

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan – Americana de Saúde

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PSF – Programa Saúde da Família

REBIO – Reserva Biológica

SAF'S – Sistemas Agro florestais

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas Públicas da Igualdade Racial

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1. Quilombolas: Definições	15
2.2. A Legislação Brasileira e a Proteção às Populações Remanescentes de Quilombos	17
2.3 As Necessidades de Populações Quilombolas	23
2.3.1 As Necessidades de Saúde das Populações Quilombolas	24
2.4 A Saúde Bucal da População Brasileira	26
2.4.1 A saúde bucal de populações vulneráveis	30
2.5 Os Quilombolas de Santo Antônio de Guaporé	35
3 PROPOSIÇÃO	38
4 METODO	39
4.1. População de Estudo	39
4.2. Instrumento de Coleta de Dados	40
4.2.1 Exame Bucal	40
4.2.2 Índices	41
4.3. Calibração	43
4.4 Levantamento Epidemiológico	44
4.4.1 Material Permanente	45
4.4.2 Material de Consumo	45
4.4.3 Material de Escritório	46
4.5 Digitação e Análise	46
RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecimento	65
APÊNDICE B- Questionário	66
APÊNDICE C- Questão e Códigos	67
APÊNDICE D -Termo de Consentimento Pós-Informação	70
ANEXO A - Odontograma	74
ANEXO B-Instrução para preenchimento do Termo de Consentimento	75
ANEXO C-Carta de Aprovação	76

1 INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes de quilombos são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. Essa identidade étnica é a base para sua forma de organização, de sua relação com os demais grupos e de sua ação política. A maneira pela qual os grupos sociais definem a própria identidade é resultado de uma soma de fatores, escolhidos por eles mesmos: uma ancestralidade comum, formas de organização política e social, elementos lingüísticos e religiosos (BRASIL, 2004a).

Essas comunidades tiveram seu acesso à propriedade da terra assegurado pelo art. 68 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Entretanto, muitas ainda são as necessidades dessas comunidades, sobretudo no que concerne ao acesso a condições de saneamento, habitação, alimentação e acesso à saúde, condições necessárias para a qualidade de vida das pessoas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o acesso universal aos serviços de saúde; que todos os recursos necessários para a saúde geral das pessoas estejam disponíveis; bem como que os recursos estejam disponíveis àqueles que deles mais necessitem. Entretanto, o SUS é um processo em construção e, para que seja implementado, estudos epidemiológicos que caracterizem as condições de saúde das pessoas são recursos essenciais ao planejamento e execução das ações.

Na área da saúde bucal, o mais recente levantamento epidemiológico realizado no Brasil – Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b) caracterizou as

condições de saúde bucal da população brasileira por faixa etária e por macro-região e apontou uma melhora das condições de saúde bucal e acesso em relação aos levantamentos anteriores. Entretanto há uma grande diferença dos indicadores em relação às regiões do Brasil: as regiões Nordeste e Norte são as que apresentam os piores índices.

As condições de vulnerabilidade social a que estão expostos alguns grupos interferem no seu nível de informação a respeito de seus direitos, incluindo o de acesso a serviços de saúde.

Neste estudo, foram analisadas as condições de acesso a serviços odontológicos, bem como a necessidade de prótese de uma comunidade remanescente de quilombo localizada no município de Costa Marques, Rondônia, Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Quilombolas: Definições

A definição do termo “remanescentes de quilombo”, adotada pelo Artigo 68 (que permaneceu sem regulamentação até 1995), ocorreu, segundo Arruti (1997), pois esse artigo foi aprovado sem maiores discussões como uma das disposições constitucionais transitórias, “não tanto pelo seu valor intrínseco, mas como mais um item no pacote das festividades pelo centenário da abolição da escravatura” (ARRUTI, 1997, p. 7). Segundo o autor, em 1995, associado às festividades pela memória de Zumbi de Palmares, esse assunto ganha importância e passa a ser alvo de debates e reflexões em âmbito nacional.

Quilombolas são pessoas de uma comunidade que se constituíram a partir da fuga do regime escravocrata e que ocuparam terras livres e isoladas. Alguns quilombos se formaram a partir de heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, simples permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades, bem como a compra de terras, tanto durante a vigência do sistema escravocrata quanto após a sua extinção. Assim, para identificar esses grupos é preciso demonstrar, por meio de estudos científicos, a existência de uma identidade social e étnica por eles compartilhada, bem como a antigüidade da ocupação de suas terras e, ainda, suas práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002).

“Este sentimento de pertença a um grupo e a uma terra é uma forma de expressão da identidade étnica e da territorialidade, construídas sempre em relação aos outros

grupos com os quais os quilombolas se confrontam e se relacionam.” (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002, p. 4).

A organização do campesinato negro distingue-se da maioria dos assentamentos, pois estes se baseiam em um parcelamento individualizado da terra. Aqueles fundam-se na existência de terras de uso comum, transmitidas de geração em geração ao conjunto dos moradores de uma determinada comunidade rural, boa parte delas atendendo pelo título genérico de “terras de preto”, ao qual se acrescenta um nome de família. A distribuição de terras para essa população negra rural, remanescente de quilombos, iniciou-se no Estado do Pará, mas se disseminou por quase todos os outros Estados da Federação (ARRUTI, 2003).

Entretanto, em estudo de Santos e Chaves (2007), em que foram entrevistados vinte quilombolas de Tijuçu na Bahia, os participantes manifestaram que ser quilombola é pertencer a uma comunidade negra, assumir sua cor, sentir orgulho, lutar contra o racismo, pela liberdade, pelos ideais, pelos objetivos, não ter preconceito. Os quilombolas desse grupo assumem uma dupla tarefa, uma individual – garantir a sua sobrevivência e de sua família, a outra se refere a fortalecer a sua comunidade na luta contra o preconceito e a discriminação. Nesse grupo, há a representação social de que o quilombola deve comprometer-se com a causa comunitária contra o racismo e de se orgulhar de sua cor. Os autores referem que, ao se tratar de políticas públicas, deve-se evitar a generalização, pois a população negra não é homogênea. Não se podem desconsiderar as diferenças existentes entre cada comunidade quilombola.

2.2 A legislação brasileira e a proteção às populações remanescentes de quilombos

A Constituição brasileira de 1988, no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), garante o direito à propriedade de suas terras aos remanescentes das comunidades de quilombos. O art. 68 do ADCT estabelece que: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Além disso, o artigo 215 da Constituição protege as manifestações culturais afro-brasileiras. Já o artigo 216 considera patrimônio cultural brasileiro, a ser promovido e protegido pelo Poder Público, os bens de natureza material e imaterial (os quais incluem as formas de expressão, bem como os modos de criar, fazer e viver) dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, entre os quais estão, sem dúvida, as comunidades negras (BRASIL, 1988).

Existe uma dificuldade em identificar os sujeitos do direito à posse das terras, em virtude da miscigenação das pessoas desses grupos (que muitas vezes corresponde a uma tentativa de se integrar à sociedade), bem como em virtude da diferença entre as demandas por terra dos índios, considerados “da terra”. Os descendentes de africanos, organizados em Associações Quilombolas, reivindicam o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, bem como o livre exercício de suas práticas, crenças e valores considerados em sua especificidade (LEITE, 2000).

A problemática que envolve a política de reconhecimento da diferença conduz à discussão sobre qual o papel a ser desempenhado pelo conhecimento antropológico na defesa da diversidade cultural e do potencial crítico desses outros modos de ser e viver. Em que medida é necessário reivindicar a “diferença” para que os grupos sociais consigam justiça social? (CHAGAS, 2001).

Para a autora, essa postura analítica redimensiona o problema que se apresenta à uma política do reconhecimento, pois para os “remanescentes das comunidades dos quilombos” não está em jogo somente uma diferença posta em uma condição econômica, mas em uma representatividade sociocultural que não encontra lugar (CHAGAS, 2001).

Assim, o fenômeno das Terras de Quilombo deve ser concluído como signo de inclusão social se a compreensão das diferenças socioculturais e históricas desses grupos for explicitada, qualificando-se suas demandas por terra de forma que se possa conhecer de outro modo, ou seja, “reconhecer as diferenças culturais sem substancializá-las ou autenticá-las” (CHAGAS, 2001).

Em 21 de março, por meio da Medida Provisória nº 111 (convertida na Lei nº. 10.678, de 23 de maio de 2003), foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com a tarefa institucional de coordenar e articular a formulação, coordenação e avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade racial e de combate à discriminação racial ou étnica (BRASIL, 2003a).

O Decreto nº. 4.887, de 20 de novembro de 2003 regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos (BRASIL, 2003b).

Depois disso, o governo federal, numa ação coordenada pela Seppir, elaborou o Programa Brasil Quilombola (BRASIL, 2004a). Este Programa apresenta ações que visam alterar, de forma positiva, as condições de vida e de organização das comunidades remanescentes de quilombo, promovendo o acesso ao conjunto

de bens e serviços sociais necessários ao seu desenvolvimento, considerando sempre a realidade sociocultural destas comunidades.

A SEPPIR, em ação conjunta com outros órgãos do Governo Federal, tem realizado visitas técnicas junto às comunidades remanescentes de quilombos, para levantar suas necessidades prioritárias, identificar as ações e/ou projetos que cada organismo de governo, em parceria, poderá efetivamente implementar e estabelecer interlocução com a população e lideranças quilombolas, enquanto protagonistas do processo de desenvolvimento (BRASIL, 2004a).

Nesse programa, é adotada a seguinte definição para as comunidades remanescentes de quilombo: são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. A identidade étnica de um grupo é a base para sua forma de organização, de sua relação com os demais grupos e de sua ação política. A maneira pela qual os grupos sociais definem a própria identidade é resultado de uma confluência de fatores, escolhidos por eles mesmos: de uma ancestralidade comum, formas de organização política e social, a elementos lingüísticos e religiosos. É um processo de auto-identificação dinâmico que não se reduz a elementos materiais ou traços biológicos distintivos, como cor da pele (BRASIL, 2004a).

Para as comunidades remanescentes de quilombos, a questão fundiária, diferentemente da terra que é uma necessidade econômica e social, incorpora outra dimensão, pois o território – espaço geográfico-cultural de uso coletivo – é uma necessidade cultural e política, vinculado ao seu direito de autodeterminação (BRASIL, 2004a).

Apesar de ser uma política do governo federal, o Programa mantém uma interlocução permanente com os entes federativos e as representações dos órgãos federais nos estados, a exemplo do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e

Reforma Agrária), Ibama (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis) Delegacias Regionais do Trabalho, FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), entre outros, no intuito de descentralizar e agilizar as respostas do governo para as comunidades remanescentes de quilombo. Os governos municipais têm, neste contexto, uma função singular por responsabilizar-se, em última instância, pela execução da política em cada localidade (BRASIL, 2004a).

As ações previstas nesse programa incluem: a regularização fundiária, mecanismos para efetivação de obras de infra-estrutura e serviços, ações de desenvolvimento econômico e social e estímulo ao controle e participação social (BRASIL, 2004a).

Devido às condições precárias de vida e a constante violência física e psicológica a que a maioria da população negra está submetida, é necessário o desenvolvimento de programas específicos que garantam seu bem-estar físico, psicológico e social, além da indispensável qualidade do sistema de saúde. Assim, na área da saúde, o programa Brasil Quilombola prevê a priorização de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população das comunidades, de forma integral e contínua, por meio do Programa Saúde da Família, bem como o desenvolvimento de infra-estrutura, habitação e saneamento básico para elevar a qualidade de vida das comunidades (BRASIL, 2004a).

Comunidades remanescentes dos quilombos do município de Oriximiná, no Estado do Pará, organizaram-se em Associações nos Territórios Quilombolas e desenvolveram o Projeto Manejo que consiste na atuação em educação ambiental, na defesa dos territórios, na capacitação, na introdução de técnicas agrícolas sustentáveis, com a finalidade de planejar o uso das riquezas naturais de forma segura em busca de melhores condições de vida e de novas oportunidades de

geração de renda. ASSOCIAÇÃO DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ (ARQMO); COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP) ASSOCIAÇÃO DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ (ARQMO); COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento publica em 2005 um documento chamado “*A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade*”.

Esse documento representa um resumo do Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em 20 de agosto de 2004, entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em que se assinou um termo de compromisso para a redução das desigualdades a que a população negra (incluindo a população remanescente de quilombos) está exposta. Ele contempla as ações que devem ser desenvolvidas em cada esfera do governo no que concerne à saúde.

Apesar dos avanços das políticas para as populações quilombolas, ainda hoje alguns programas sociais não incluem famílias quilombolas, aponta estudo noticiado pela repórter Gláucia Gomes no site Agência Brasil em 15 de maio 2007. A pesquisa Chamada Nutricional Quilombola, divulgada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mostra em que proporção os programas sociais do governo e os serviços públicos de saúde estão presentes nas comunidades quilombolas (BRASIL, 2007; GOMES, 2007).

Segundo esses dados, das 16 mil famílias quilombolas já localizadas pelo ministério, 6,9 mil estão recebendo o Bolsa Família, sendo o programa social de maior cobertura entre as comunidades remanescentes de quilombos. A pesquisa aponta, no entanto, que outros programas sociais apresentam baixa cobertura, apesar de a inclusão ter sido prevista no Programa Brasil Quilombola, lançado em 2004. Nesta entrevista, o Sr. Rômulo Paes de Sousa secretário de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério do Desenvolvimento Social informou que, de acordo com o levantamento do MDS, apenas 2,3% das famílias quilombolas têm acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a idosos ou pessoas com deficiências graves, incapacitadas para o trabalho. No Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), somente 3,8% das famílias quilombolas pesquisadas estão inseridas. As ações estruturantes, com instalação de equipamentos para auxiliar a produção rural, foram verificadas em apenas 1,6% das famílias. O projeto de implantação de cisternas, em 3,2%. Com relação ao acesso à saúde, os indicadores foram considerados mais "satisfatórios" pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Das 2,1 mil famílias quilombolas pesquisadas, 87,4% receberam visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em casa; 84,6% receberam a visita do agente mensalmente e 78,5% receberam cobertura mensal do Programa Saúde da Família (PSF). O estudo do governo também mostra dados satisfatórios sobre a assistência pré-natal: das 2.941 famílias pesquisadas nesse quesito, 93% das mães fizeram o pré-natal, sendo que 74% fizeram cinco ou mais consultas e 69% iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. A pesquisa também observou que 93,9% das crianças nascidas têm registro de nascimento e 95,6% das famílias tem o cartão da criança em mão. O levantamento

do Ministério do Desenvolvimento Social foi realizado em 60 comunidades quilombolas de 22 estados (BRASIL, 2007).

As dificuldades encontradas pelas comunidades tradicionais, rurais ou urbanas, para tornar efetivos seus direitos coletivos à propriedade coletiva relacionam-se a um sistema jurídico fortemente marcado por uma cultura jurídica individualista onde o direito de propriedade ainda ocupa lugar de destaque, pela expansão da economia. Essas dificuldades também podem ser compreendidas pelo sistema político que está no seio da disputa entre os órgãos estatais envolvidos no processo de reconhecimento (CATHARINA, 2007).

2.3 As necessidades de populações quilombolas

Cardoso (2005) fez uma análise a partir de associações de remanescentes dos negros de quilombos do Pará e da Amazônia, populações rurais em diversas regiões da Amazônia, que se organizam politicamente na busca da propriedade fundiária, o que lhes garantirá o controle do território. O trabalho teve a finalidade de instrumentalizar as associações remanescentes de quilombos.

Gomes (2005) analisou as possíveis conseqüências das inovações introduzidas pelo desenvolvimento, na ótica do pequeno agricultor, e a pertinência das atividades implantadas em comunidade quilombola, discute os fatores que influenciaram na adoção das inovações e seu reflexo nas formas de uso da terra e recursos naturais. A pesquisa revelou que a requisição dos serviços de Assistência Técnica de Extensão Rural (ATER) no território se constituiu em estratégia dos agricultores para garantir seu território da ameaça de grileiros. Concluiu que a sustentabilidade da agricultura familiar local depende da mudança do sistema

predominante, que aparentemente vem comprometendo a manutenção da cobertura da floresta do território quilombola, composto de agricultura itinerante e produção de carvão, para outros sistemas mais elaborados como os Sistemas Agroflorestais (SAF's), juntamente com a organização da produção.

2.3.1 As necessidades de saúde das populações quilombolas

Guerreiro et al. (2007) estudam seis comunidades quilombolas referenciadas para o município de Santarém, estado do Pará. Duas localizadas na área de várzea e quatro situadas em área de terra firme, totalizando 2.197 indivíduos. Os cálculos das taxas de mortalidade (probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade) foram obtidos utilizando-se o método indireto de estimação e essas estimativas foram feitas a partir de dados e informações coletadas no decorrer da pesquisa domiciliar censitária. Essa pesquisa realizou uma busca ativa dos óbitos, visando eliminar o sub-registro.

Encontraram diferenças na mortalidade de menores de um ano de idade para os quilombos da área de terra firme e várzea, de 30,4 óbitos/por mil nascidos vivos e de 50,2 óbitos/por mil nascidos vivos, respectivamente. Os resultados evidenciam profundas desigualdades, uma vez que as taxas de mortalidade das comunidades quilombolas são maiores quando comparadas com as do país (27,0 óbitos/por mil nascidos vivos), da região Norte (26,2 óbitos/por mil nascidos vivos), e da população negra rural do estado do Pará (32,9 óbitos/ por mil nascidos vivos) (GUERRERO et al., 2007).

Rabinovich e Bastos (2007) analisaram famílias de um quilombo no interior de São Paulo. Concluíram que os programas do governo e os de organizações não-

governamentais devem adotar modos de relacionamento construídos a partir de um olhar que possa ampliar a história familiar para incluir a história da comunidade. Dessa forma, com um elo social que una passado, presente e futuro, será possível transformar a identidade e a identificação do grupo em um processo que não se encerre no passado e que não se torne um jogo político de poder. Esses programas deverão construir pontes entre os significados inerentes ao passado histórico e à história atual.

O diagnóstico de algumas condições de saúde da comunidade remanescente do quilombo Caiana dos Crioulos, para avaliar a qualidade de vida de mulheres e homens trabalhadores rurais que residem nessa área, foi realizado por Silva (2007). Para isso, utilizou o formulário produzido pelo Ministério da Saúde, denominado Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), o questionário individual, estruturado com dezesseis questões e aplicado a 148 pessoas, e entrevistas não estruturadas, realizadas com dez membros da comunidade.

Os resultados demonstram que as condições de vida da população de Caiana dos Crioulos são precárias, uma vez que os moradores não têm acesso a serviços de saúde satisfatórios, e as projeções para um futuro próximo também são alarmantes, pois as condições ambientais e sanitárias são extremamente deficientes. A população tem uma baixa qualidade de vida e uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar (SILVA, 2007).

Para enfrentar a deficiência dos serviços básicos e de saúde oferecidos pelo Estado a essa comunidade, as mulheres da região têm feito intenso uso do conhecimento ancestral, como a manipulação das plantas na produção de

medicamentos. A instalação de um posto de saúde na comunidade, que vem “funcionando” com limites de horários e com poucos profissionais, é muito recente. O Hospital mais próximo está localizado no município de Alagoa Grande (SILVA, 2007).

Assim, esse diagnóstico de saúde mostra a forte vulnerabilidade dessa população, o que aponta para a urgente necessidade de realização de políticas públicas nessa comunidade, com programas que atendam não apenas ao que é relativo a doenças, mas também aos aspectos voltados para o estabelecimento de condições de moradia e de saneamento básico (SILVA, 2007).

2.4 A saúde bucal da população brasileira

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) realizou, na zona urbana de 16 capitais de todas as regiões do país, o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, em crianças, adolescentes, adultos e idosos, obtendo dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso a serviços (BRASIL, 1988).

Em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de seis a doze anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1998).

Os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de levantamentos epidemiológicos foram avaliados por Oliveira et al. (1998). O documento da OMS foi produzido em 1987 e publicado em português em 1991. Os autores ressaltam a importância da padronização dos procedimentos para a obtenção de dados de saúde bucal para a sua confiabilidade e comparabilidade.

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a operacionalização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. Este projeto, hoje identificado como “SB Brasil: Condições e Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999 quando da elaboração e execução do Projeto. Em 2001, foi realizado um estudo-piloto, em duas cidades de diferentes portes populacionais – Canela-RS e Diadema-SP. Após a validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foi executado o sorteio dos municípios amostrais e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões e possibilitou que a amostra pesquisada tornasse os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixas etárias resultou na apresentação de relatório descritivo contendo dados relativos ao perfil de saúde bucal no Brasil (RONCALLI et al., 2000).

O Projeto SB Brasil 2003 teve como objetivo geral obter informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, permitiu a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

De acordo com esse relatório, as crianças das regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um

grave problema especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas.

Diferenças regionais são marcantes no uso e na necessidade de prótese dentária. Quanto ao uso, adolescentes das regiões Norte e Nordeste possuem as percentagens maiores de uso de algum tipo de prótese dentária. As regiões Norte e Nordeste possuem uma maior necessidade de algum tipo de prótese dentária. Essas regiões também apresentavam uma maior percentagem de pessoas com necessidade de próteses totais (BRASIL, 2004b).

Na Região Norte, foram examinadas 2.486 pessoas. Entre os indivíduos de 15 a 19 anos, 2,81% e 0,58% usam algum tipo de prótese superior e inferior, respectivamente. Entre aqueles entre 35 e 44 anos, 50,02% e 13,81% usam algum tipo de prótese superior e inferior, respectivamente. Entre as pessoas entre 65 e 74 anos, 58,74% e 35,75% usam algum tipo de prótese superior e inferior, respectivamente (BRASIL, 2004b).

Em relação à necessidade de prótese, na Região Norte, entre os indivíduos de 15 a 19 anos, 12,89% e 31,86% têm essa necessidade nos arcos superior e inferior, respectivamente. Entre aqueles de 35 a 44 anos, 37,36% e 77,14% têm necessidade de prótese nos arcos superior e inferior, respectivamente. Entre as pessoas de 65 a 74 anos, 38,36% e 62,62% têm necessidade de prótese nos arcos superior e inferior, respectivamente (BRASIL, 2004b).

Em relação ao acesso a serviços odontológicos, para o grupo etário de 15 a 19 anos, na região Norte, 16,45% nunca consultaram dentista; 14,72% consultaram havia mais de três anos. Daqueles que foram atendidos, 61,9% procuraram o serviço público. Em relação ao motivo da consulta, 40,16% referiram que foi a dor

que os motivou a procurar atendimento e 54,90% das pessoas nessa faixa etária avaliaram o serviço como bom (BRASIL, 2004b).

Ainda em relação ao acesso, na população de 35 a 44 anos, na Região Norte, 3,18% nunca consultaram o dentista; 41,31% consultaram havia mais de três anos. Dos que foram atendidos, 54,88% o foram no serviço público, e aqueles que o fizeram motivados pela dor 54,41% das pessoas. A avaliação do tratamento foi boa para 62,30% das pessoas (BRASIL, 2004b).

Na população de 65 a 74 anos, na Região Norte, 7,24% nunca consultaram o dentista; 67,12% consultaram havia mais de três anos. Dos que foram atendidos, 47,38% procuraram o serviço público e aqueles que o fizeram motivados pela dor representaram 57,32%. Nessa faixa etária, 64,29% das pessoas avaliaram o atendimento como bom (BRASIL, 2004b).

Em relação à saúde bucal, Narvai (2006) salienta que o estágio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), neste início do século XXI, deve permitir a realização de ações para atender às necessidades de todas as pessoas, princípio da universalidade, viabilizar seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (princípio da integralidade), e ofertar mais aos que mais necessitam (princípio da equidade).

Quando, por razões individuais (idosos, deficientes) ou sociais (pobreza, grupos isolados), as informações necessárias para que as pessoas melhorem sua qualidade de vida não chegam a essas pessoas ou elas não têm a capacidade de elaborar essas informações e de incorporá-las aos seus repertórios cotidianos, esse grupo é chamado de população vulnerável (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). A qualidade de vida dessas populações costuma ser inferior a dos demais grupos.

2.4.1 A saúde bucal de populações vulneráveis

Um levantamento das condições de saúde bucal em uma comunidade indígena Xavante do Mato Grosso foi realizado por Arantes, Santos, Coimbra (2001), seguindo-se os critérios preconizados pela OMS. Este grupo está em contato permanente com a sociedade nacional brasileira desde a década de 40. Os Xavantes não realizam escovação dental como preconizado pela Odontologia, não têm acesso à água fluoretada e atualmente tem consumido grande quantidade de alimentos industrializados incluindo o açúcar. O trabalho de campo envolveu o exame odontológico domiciliar de 228 pessoas – 47% do sexo masculino e 53% do sexo feminino –, constituindo cerca de 85% do total da população com idade superior a dois anos. As variáveis consideradas foram as seguintes: condições dentárias pelo índice CPOD, necessidade de tratamento, fluorose e condições periodontais, através do índice periodontal (ICNTP = índice comunitário de necessidades de tratamento periodontal), má oclusão, relação de molares (classificação de Angle), além do uso e necessidade de próteses. Os dados obtidos foram analisados pelo *Epi Info* 6.0. Da amostra estudada, 80,7% não necessitavam de próteses. Das que necessitavam, a maior necessidade foi de próteses parciais.

Os autores compararam seus resultados com os de um levantamento realizado em 1962. Notaram uma tendência de deterioração das condições de saúde bucal. Argumentam que mudanças na dieta (notadamente consumo de açúcar e de outros produtos industrializados), relacionadas a alterações sócio-econômicas e ambientais advindas da interação com a sociedade nacional envolvente, aliadas à falta de programas preventivos, estão entre as principais causas da deterioração nas condições de saúde bucal dos Xavante (ARANTES; SANTOS; COIMBRA, 2001).

Os estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal dos idosos no Brasil publicados a partir de 1988, data da publicação do Levantamento Epidemiológico Nacional foram analisados por Colussi e Freitas (2002). O CPOD encontrado nos artigos analisados variou de 26,8 a 31,0, e o componente extraído representou 84% desse índice. A prevalência do edentulismo ficou em 68%. Somente 3,9% não necessitavam nem usavam qualquer tipo de prótese, e o uso da prótese total era mais freqüente no arco superior do que no inferior. Esses estudos confirmaram as condições muito precárias de saúde bucal em idosos no Brasil (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Estudo de Silva, Sousa e Wada (2004) objetivou verificar a prevalência de cárie, o edentulismo, o uso e a necessidade de próteses totais em idosos e adultos no Município de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Para isso, foram examinados 202 indivíduos, sendo 101 idosos (65 a 74 anos) e 101 adultos (35 a 44 anos). Os exames foram realizados por quatro examinadores calibrados de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde. A porcentagem de edêntulos foi de 74,25% para os idosos e 8,91% para os adultos. O CPOD foi de 31,09 e 22,86 para os idosos e adultos, respectivamente. O maior componente do índice CPOD no grupo de idosos foi dentes perdidos (92,64%); para os adultos, foi dentes restaurados (57%), seguido de dentes perdidos (40,54%). Somente 1% dos adultos necessitava de próteses totais superiores e inferiores; já para os idosos, estas necessidades foram de 48,5% e 45,5%, respectivamente. Os autores concluíram que são necessários programas preventivos e educativos tanto para idosos como para adultos, a fim de que estes adultos cheguem à terceira idade com uma condição de saúde bucal melhor que a relatada nesse estudo (SILVA; SOUSA; WADA, 2004).

Reis et. al. (2003) estudaram idosos institucionalizados da cidade de Goiânia com o intuito de conhecer sua condição de saúde bucal. Para isso, foi realizado um estudo transversal de acordo com a metodologia do Projeto SB-2000 do Ministério da Saúde. A amostra foi constituída de todos os indivíduos com idade igual ou maior que sessenta anos (n=289) residentes nas instituições públicas e filantrópicas de longa permanência da cidade de Goiânia-GO em 2003. As condições estudadas foram cárie, uso e necessidade de prótese, doença periodontal e alterações de tecido mole. A faixa etária variou de sessenta a 103 anos. As prevalências de cárie e edentulismo foram 100% e 69,20%, respectivamente. O CPOD médio foi 30,17, havendo predomínio do componente extraído. Quase a metade (49,48%) usava e 80,28% necessitavam de alguma prótese. O tipo de prótese mais comum foi a total: 45,33% dos examinados usavam este tipo de prótese na arcada superior e 24,57% na inferior; enquanto 59,17% e 51,21% necessitavam na arcada superior e inferior, respectivamente. O alto grau de edentulismo verificado no presente estudo e no Brasil como um todo revela a falta de políticas destinadas à população adulta, que tem caracterizado as ações de saúde bucal. Havia um alto percentual de idosos totalmente desdentados e que não usavam prótese (35,6%), o que poderia comprometer a sua qualidade de vida. Concluíram que a situação de saúde bucal dos idosos institucionalizados em Goiânia era precária, especialmente devido à alta prevalência de cárie e edentulismo.

Os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e as principais dificuldades no acesso aos serviços de saúde foram analisados por Moreira et al. (2005), por meio de revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004,. Os valores médios do índice CPO-D encontrados nos artigos pesquisados foram de 25 a 31. Verificou-se grande porcentagem de indivíduos

edêntulos. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal. Diante desses fatores, os autores ressaltaram que a saúde bucal do idoso brasileiro encontrava-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista (MOREIRA et al., 2005).

Em estudo de Gaião, Almeida e Heukelbach. (2005) objetivou-se analisar a condição dentária, a condição periodontal, o uso e necessidade de prótese em idosos institucionalizados em um município do nordeste brasileiro, segundo os critérios descritos no manual do examinador do Projeto SB-200010. Foi realizado um estudo transversal em 160 idosos (95,2% da população-alvo) idosos de 65 anos e mais, residentes em um asilo na cidade de Fortaleza/CE - Brasil, consistindo de consulta aos prontuários e exame bucal.

A idade média foi de 76,6 anos. O índice CPO-D dos idosos asilados foi elevado com valor de 29,73. O componente dente perdido foi o que mais contribuiu para o alto valor do CPO-D, com 28,42 dentes; 109 (68,1%) idosos não possuíam nenhum dente hígido na boca. Dos 160 idosos, 93 (58,1%) eram totalmente desdentados e 56 (35,0%) apresentavam dentes com raízes expostas. Das raízes expostas, 16% estavam cariadas ou obturadas. Dos 573 dentes presentes, 256 (44,6%) necessitavam de algum tipo de tratamento, sendo 194 (75,8%) para extração dentária. Do total dos idosos investigados, 112 (70%) não usavam nenhum tipo de prótese superior (total e removível) e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada, 135 (84,4%) necessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior. Dos 117

sextantes presentes nos 160 indivíduos, a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário. A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo. Os dados mostram que a maioria dos idosos apresentava saúde bucal precária. Assim, concluíram que medidas intervencionais focalizadas como educação em saúde e tratamento precoce seriam indispensáveis nessas populações (GAIÃO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

A utilização de serviços odontológicos e seus determinantes entre idosos brasileiros foi investigada por Martins, Barreto e Pordens (2007). Para isso, foram incluídos os idosos participantes do inquérito de saúde bucal do Ministério da Saúde realizado em 2002 e 2003 que usaram algum serviço odontológico pelo menos uma vez na vida. Dentados e edentados foram comparados e analisados separadamente, utilizando-se regressão logística múltipla. Dos 5.009 participantes, 46,0% eram dentados e 54,0% edentados. A prevalência de uso de serviço odontológico no ano anterior ao inquérito foi 26,6 e 10,4%, respectivamente. Entre dentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade, que percebiam sua mastigação como péssima/ruim e que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os que não receberam informações sobre saúde bucal, que percebiam sua saúde bucal como ruim/péssima, que tinham menor renda per capita, que precisavam de prótese e já a usavam, que precisavam de prótese e não a usavam, que tinham problemas periodontais e maior número de dentes extraídos. Entre edentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade e os que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os idosos identificados como não-brancos e os que não receberam informações sobre saúde bucal. A saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e o uso de serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam. Diferentes

fatores estiveram associados ao uso entre dentados e edentados. Apenas a escolaridade, o acesso a informações sobre saúde bucal e a dor nos dentes ou gengiva nos últimos três meses foram comuns aos dois estratos. Concluíram que seriam necessários investimentos públicos em saúde bucal para reverter esse quadro.

Anunciação et al. (2005) realizaram um estudo epidemiológico de cárie dentária em população quilombola do Alto Rio Trombetas, no município de Oriximiná, Pará. Este trabalho foi uma das ações realizadas pelo Projeto Multicampi Saúde implementado pela Universidade Federal do Pará, em parceria com a Fundação Esperança de Santarém. Para a coleta dos dados, foi utilizada a metodologia preconizada pela OMS nas comunidades quilombolas atendidas pelo Projeto Esperança. Os resultados obtidos servirão para planejar ações efetivas para promoção saúde bucal, que controlem a doença cárie e estimulem a instituição de autocuidados, respeitando-se a cultura das comunidades.

2.5 Os quilombolas de Santo Antônio de Guaporé

Teixeira (2004) estudou a formação da comunidade negra de Santo Antônio do Guaporé a partir de antigos quilombolas que povoaram o Alto e Médio Guaporé durante os séculos XVIII e XIX, quando os portugueses se instalaram na região, tendo Vila Bela da Santíssima Trindade e o Real Forte Príncipe da Beira como principais centros de ocupação e colonização.

Segundo ele, os remanescentes desses escravos foragidos formaram uma população específica em toda a região guaporeana, identificada, ao longo dos

séculos XIX e XX, como um Território de Negros que resistiam às novas formas de exploração dos recursos naturais locais, notadamente a borracha.

A partir 1970, em diante, com o intenso fluxo migratório que se estabeleceu no estado de Rondônia, esta população negra do Guaporé em contato com as culturas dos novos colonizadores provocou o choque entre culturas o que foi determinante para o declínio das populações ribeirinhas (TEIXEIRA, 2004).

Dentre essas populações, destacou-se a localidade de Santo Antônio do Guaporé, um povoado de negros que teve suas terras inseridas no conjunto das terras da Reserva Biológica (REBIO) do Guaporé e passou, a partir de 1985, a viver uma dramática situação de conflitos e confrontos com o IBAMA, responsável pela REBIO e determinado a expulsar de lá os moradores de Santo Antônio (TEIXEIRA, 2004).

A presença de quilombos na região Guaporé foi descrita em 1795 (MACHADO, 2006).

Mas apenas no dia 11 de agosto de 2004, deu-se o reconhecimento da população quilombola da comunidade de Santo Antônio do Guaporé, fixada naquela região havia mais de trezentos anos (VALVERDE, 2004).

O município de Costa Marques possui 13.664 habitantes, sendo o extrativismo da castanha-do-pará o grande responsável pela economia local, além da presença de pequenos produtores rurais (BRASIL, 2008).

Existem 11 estabelecimentos de saúde, todos públicos, sendo dez sob gestão municipal e um sob gestão federal. Entre estes estabelecimentos de saúde, que oferecem atenção básica, apenas dois possuem atendimento odontológico. Não há serviços de referência para a atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2008).

Diante dos fatores apresentados, e da ausência de estudos sobre as condições de saúde bucal da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé realizou-se este estudo.

3 PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho é avaliar o acesso a serviços odontológicos e a necessidade de próteses da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, Brasil.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado com a população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, localizada no vale do Guaporé, município de Costa Marques em Rondônia.

Foram seguidas as normas para pesquisa com seres humanos fixadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto São Lucas, o trabalho de campo foi iniciado.

O estudo se baseou na metodologia proposta pelo Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Projeto SB Brasil 2003, realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o qual avaliou, para cada macrorregião do país e para diferentes faixas etárias, a caracterização socioeconômica, a situação de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de próteses, anormalidades dentofaciais, fluorose), o acesso a serviços odontológicos e a autopercepção em saúde bucal.

4.1 População de estudo

O estudo foi realizado em 136 pessoas da comunidade quilombola de Santo Antônio do Guaporé, do município de Costa Marques, Rondônia, Brasil. Esta população foi reconhecida como remanescente dos quilombos de escravos oriundos do Mato Grosso ou do Pará em 2004.

A população presente foi examinada (N= 29), com exceção das crianças com idade igual ou inferior a 12 anos e moradores não pertencentes à comunidade quilombola.

4.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados continha informações para caracterizar, na amostra:

- a) a identificação;
- b) o acesso a serviços odontológicos; e
- c) o uso e a necessidade de prótese.

Os códigos e critérios adotados para cada uma das condições pesquisadas estão descritos nos próximos itens relativos ao exame bucal e índices.

4.2.1 Exame bucal

Os exames foram feitos utilizando-se espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural ou artificial, com a pessoa examinada sentada em uma cadeira odontológica móvel. Preferentemente, o local para realização dos exames deveria ser bem iluminado, ventilado e próximo a fonte de água. Os diferentes espaços dentários foram abordados de um para o outro, sistematicamente, iniciando-se pelo terceiro molar até o incisivo central do hemi-arco superior direito (do 18 ao 11), passando-se em seguida ao incisivo central do hemi-arco superior esquerdo até o terceiro molar (do 21 ao 28), seguindo-se para o hemi-arco inferior esquerdo (do terceiro molar - 38 ao incisivo central - 31) e,

finalmente, o hemi-arco inferior direito (do 41 ao 48).

Um dente era considerado presente na boca quando apresentasse qualquer parte visível ou que pudesse ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente.

4.2.2 Índices

O índice de uso e necessidade de prótese, assim como os questionários sobre o acesso aos serviços odontológicos utilizados, obedeceu aos critérios recomendados pelo Projeto SB Brasil 2003.

a) Características gerais

Em cada ficha foi registrado o nome, a idade e o gênero do indivíduo.


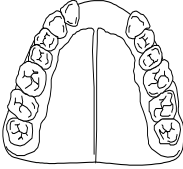
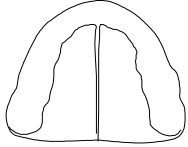


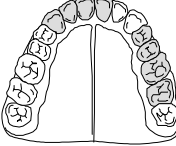
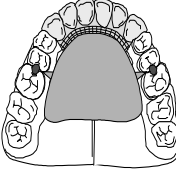
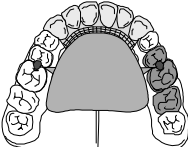
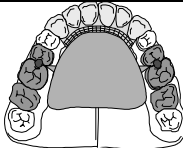
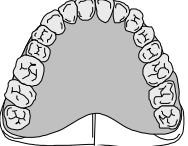
b) Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, tendo como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo poderia estar usando e, ao mesmo tempo, necessitando prótese(s).

Foram assinalados o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

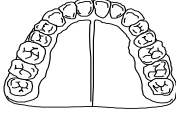
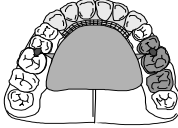
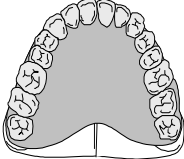





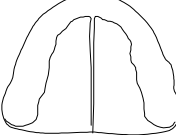
As observações ao exame levaram em conta os códigos e critérios ilustrados nos Quadros 01 e 02.

Uso de Prótese

Código	Critério	Exemplos		
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético	 Desdentado parcial, mas sem prótese presente	 Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior	 Uma ponte fixa anterior	
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)		
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior		
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior	 Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores	
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total		

Quadro 1 – Códigos e critérios para o uso de prótese
 Fonte: Projeto SB Brasil 2003

Necessidade de Prótese

Código	Critério	Exemplos		
0	Não necessita de prótese dentária	 Todos os dentes presentes	 Espaços protéticos presentes com prótese	 Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento	 Espaço protético unitário anterior	 Espaço protético unitário posterior	
2	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento	 Espaço protético anterior de mais de um elemento	 Espaço protético posterior de mais de um elemento	
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento	 Espaços protéticos em vários pontos da boca		
4	Necessita prótese dentária total	 Desdentado total sem estar usando prótese no momento		

Quadro 2 – Códigos e critérios para a necessidade de prótese
 Fonte: Projeto SB Brasil 2003.

c) Acesso a serviços odontológicos (anexo)

4.3 Calibração

A equipe de campo foi composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar, que foram treinados para o desenvolvimento de suas funções como examinador e

anotador, respectivamente. A calibração foi desenvolvida na semana que antecedeu o levantamento.

A calibração foi necessária para padronização dos critérios de exame dos índices recomendados, a fim de aumentar o grau de confiabilidade durante a coleta dos dados. No treinamento de calibração, objetivou-se, portanto, garantir a interpretação, a compreensão e a aplicação dos critérios para as condições estudadas; assegurar que o profissional pudesse examinar de maneira uniformemente padronizada e de acordo com o recomendado.

4.4 Levantamento epidemiológico

Após a calibração, a equipe foi considerada apta para a realização dos exames, que foram feitos em um dia de trabalho.

Quanto à área dos exames, foi utilizada uma região ser bem ventilada, iluminada e próxima à fonte de água, e todos os preceitos de biossegurança foram seguidos. A equipe de campo esteve permanentemente atenta e desenvolveu práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e a dos que se submeteram aos exames.

As principais medidas, na presente investigação, incluíram:

- a) lavagem das mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando necessário;
- b) uso de avental, luvas e máscara; óculos e gorros foram facultativos;
- c) troca de luvas sempre que estas entraram em contato com saliva ou sangue;

- d) não manipulação de objetos impertinentes: lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc; tais objetos foram utilizados apenas pelo anotador;
- e) após o uso do instrumental, o mesmo foi descartado em recipiente adequado, devidamente identificado.

O desenvolvimento das atividades de campo requereu ainda o adequado dimensionamento dos materiais necessários à realização do trabalho. De modo geral, foram necessários os identificados a seguir.

4.4.1 Material permanente

Os exames foram feitos com o uso de um conjunto composto por 1 (um) espelho bucal plano e 1 (uma) sonda específica, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, conhecida como “sonda CPI”. Foram constituídos jogos esterilizados para a equipe de examinador-anotador em número suficiente para a realização dos exames por período, após o qual eram acondicionados e encaminhados para serem lavados e esterilizados.

4.4.2 Material de consumo

- a) avental pessoal;
- b) máscara descartável;
- c) luvas de procedimentos descartáveis;
- d) luva de expurgo;
- e) álcool a 70%;
- f) almotolia;
- g) gaze;
- h) papel-toalha;

- i) escova de mão;
- j) escova para instrumental;
- k) sabão de coco;
- l) saco de lixo hospitalar.

4.4.3 Material de escritório

- a) lápis preto e borracha;
- b) apontador;
- c) prancheta;
- d) envelopes para papel ofício;
- e) pastas para acondicionamento do material.

4.5 Digitação e análise

Nenhuma ficha foi descartada por apresentar-se inconsistente ou incompleta.

Os dados contidos nas fichas de exame foram digitados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2003. Foram feitas as distribuições de frequências para cada variável do estudo.

5 RESULTADOS

Os dados relativos a identificação dos indivíduos, ao acesso a serviços odontológicos e a necessidade de prótese podem ser observados nas Tabelas 01 , 02 e 03, respectivamente.

Tabela 1- Número e porcentagem de indivíduos entre 13 e 73 anos de idade, segundo sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	11	37,9
Masculino	18	62,1
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo Desenvolvida em 2007 com a população Quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Costa Marques, Rondônia, Brasil.

Tabela 2- Número e porcentagem de indivíduos segundo o acesso a serviços odontológicos

Consulta pelo menos uma vez	N	%
Sim	18	62,1
Não	11	37,9
Tempo desde a última consulta		
Nunca foi atendido	11	37,9
Menos de 1 ano	4	13,8
De 1 a 2 anos	3	10,3
3 ou mais anos	11	37,9
Local do Atendimento		
Nunca foi atendido	11	37,9
Serviço Público	12	41,3
Serviço Privado Liberal	3	10,3
Serviço Privado Suplementar	1	3,4
Serviço Filantrópico	0	0
Outros	2	3,4
Motivo do atendimento	N	%
Nunca foi atendido	11	37,9
Consulta de rotina/manutenção	0	0
Dor	17	58,6
Sangramento gengival	0	0
Cavidades nos dentes	1	3,4
Feridas, caroços, manchas	0	0
Outros	0	0
Avaliação do atendimento	Nº	%

Nunca foi atendido	11	37,9
Péssimo	0	0
Ruim	1	3,4
Regular	3	10,3
Bom	13	44,8
Ótimo	1	3,4

Fonte: Pesquisa de Campo Desenvolvida em 2007 com a população Quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Costa Marques, Rondônia, Brasil

Tabela 3- Número e porcentagem de indivíduos que necessitam prótese segundo o tipo de prótese dentária

	Superior		Inferior	
	N	%	N	%
NÃO NECESSITA	15	51,7	8	27,6
NECESSITA	14	48,3	21	72,4
TOTAL	29	100	29	100
1 PF ou PPR (1 elem.)	4	13,8	2	6,9
1 PF ou PPR (+ de 1 elem.)	5	17,2	11	37,9
Combinação Próteses	5	17,2	4	13,8
Prótese Total	0	0	4	13,8

Fonte: Pesquisa de Campo Desenvolvida em 2007 com a população Quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Costa Marques, Rondônia, Brasil

6 DISCUSSÃO

As populações remanescentes de quilombos tiveram seu direito à propriedade das terras que ocupam garantido pela Constituição Federal de 1988 e decretos posteriores (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003a; 2003b).

Os quilombos, originalmente formados por escravos foragidos do regime escravocrata e que ocupavam terras isoladas (ARRUTI, 1997), são comunidades que têm uma identidade social e étnica comprovada (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002) e, em alguns grupos, percebe-se que seus membros manifestam o desejo de comprometer-se com a causa comunitária contra o racismo e que sente orgulho de sua cor (SANTOS; CHAVES, 2007).

Entretanto, existe dificuldade em identificar os sujeitos do direito à posse das terras. Os descendentes de africanos, organizados em Associações Quilombolas, reivindicam o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, bem como o livre exercício de suas práticas, crenças e valores considerados em sua especificidade (LEITE, 2000).

A problemática que envolve a política de reconhecimento da diferença conduz à discussão sobre qual o papel a ser desempenhado pelo conhecimento antropológico na defesa da diversidade cultural e do potencial crítico desses outros modos de ser e viver (CHAGAS, 2001).

Em 2004, foi elaborado o Programa Brasil Quilombola que apresenta ações que visam alterar, de forma positiva, as condições de vida e de organização das comunidades remanescentes de quilombo. As ações previstas nesse programa incluem: a regularização fundiária, mecanismos para efetivação de obras de infraestrutura e serviços, ações de desenvolvimento econômico e social e estímulo ao controle e participação social (BRASIL, 2004a).

Algumas dessas comunidades organizaram-se em Associações (em Oriximiná, no Pará), e desenvolveram o Projeto Manejo. Esse projeto consiste na atuação em educação ambiental, na defesa dos territórios, na capacitação, na introdução de técnicas agrícolas sustentáveis, com a finalidade de planejar o uso das riquezas naturais de forma segura em busca de melhores condições de vida e de novas oportunidades de geração de renda. ASSOCIAÇÃO DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ (ARQMO); COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP).

Por outro lado, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, publica em 2005 um documento chamado “A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade” que contempla as ações que devem ser desenvolvidas em cada esfera do governo no que concerne à saúde.

Apesar dos avanços das políticas para as populações quilombolas, ainda hoje alguns programas sociais não incluem famílias quilombolas. A pesquisa Chamada Nutricional Quilombola, divulgada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mostra essa deficiência (BRASIL, 2007; GOMES, 2007).

As dificuldades encontradas pelas comunidades tradicionais, rurais ou urbanas, para tornar efetivos seus direitos coletivos à propriedade coletiva relacionam-se a um sistema jurídico fortemente marcado por uma cultura jurídica individualista onde o direito de propriedade ainda ocupa lugar de destaque, pela expansão da economia (CATHARINA, 2007).

Alguns trabalhos visam instrumentalizar as comunidades quilombolas para que se organizem na busca da propriedade fundiária (CARDOSO, 2005).

Além disso, inovações introduzidas pelo desenvolvimento têm reflexos nessas comunidades (GOMES, 2005).

As condições de saúde das comunidades quilombolas são em geral precárias quando comparadas às médias do Brasil. Em relação à mortalidade infantil de comunidades do município de Santarém, Pará, Guerrero et al. (2007) encontraram diferenças na mortalidade de menores de um ano de idade. Esses números variaram de 30,4 óbitos/por mil nascidos vivos a 50,2 óbitos/por mil nascidos vivos nas comunidades quilombolas estudadas. No Brasil, a média é de 27,0 óbitos/por mil nascidos vivos; na região Norte, 26,2 óbitos/por mil nascidos vivos, e na população negra rural do estado do Pará 32,9 óbitos/ por mil nascidos vivos.

Na comunidade Caiana dos Crioulos, as condições de vida também são precárias, uma vez que os moradores não têm acesso a serviços de saúde satisfatórios, e as projeções para um futuro próximo também são alarmantes, pois as condições ambientais e sanitárias são extremamente deficientes. A população tem uma baixa qualidade de vida e uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar (SILVA, 2007).

Rabinovich e Bastos (2007) analisaram famílias de um quilombo no interior de São Paulo. Concluíram que os programas do governo e os de organizações não-governamentais devem adotar modos de relacionamento construídos a partir de um olhar que possa ampliar a história familiar para incluir a história da comunidade.

Este estudo refere-se à população remanescente de quilombo de Santo Antônio do Guaporé, do município de Costa Marques, Rondônia. O município possui 13.664 habitantes, e o extrativismo da castanha-do-pará é o grande responsável pela economia local, somado à presença de pequenos produtores rurais (Brasil,

2008). Nesse município, existem 11 estabelecimentos de saúde, todos públicos, sendo 10 sob gestão municipal e um federal. Entre estes estabelecimentos de saúde, que oferecem atenção básica, apenas dois possuem atendimento odontológico. Não há serviços de referência para a atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2008).

A comunidade quilombola enfrenta dificuldades de sobrevivência na região e são poucos os indivíduos que a compõem. São pequenos produtores rurais que tiram seu sustento da terra.

Após 2004, com a criação do programa Brasil quilombola somam-se políticas governamentais de acesso a serviços de saúde e projetos de geração de renda, ao direito à terra reconhecido pela Constituição Federal de 1988, mas essas ações ainda não foram implementadas na comunidade de Santo Antônio do Guaporé.

Como este estudo se restringiu à análise desta comunidade e, devido ao número reduzido de indivíduos, houve uma limitação quanto à apresentação dos resultados por faixa etária, o que dificultou comparações com os resultados do Projeto SB Brasil 2003. Entretanto, é possível discorrer sobre a situação do acesso a serviços odontológicos e a necessidade de prótese.

Como população vulnerável, devido às privações sociais pelas quais passam a comunidade quilombola, as informações necessárias para que as pessoas melhorem sua qualidade de vida não chegam até elas ou elas não têm a capacidade de elaborar essas informações e de incorporá-las em seu cotidiano (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). A qualidade de vida dessas populações costuma ser inferior a dos demais grupos e, conseqüentemente, a saúde bucal também.

A carência de dados epidemiológicos sobre populações vulneráveis, inclusive as comunidades quilombolas, motivou Anunciação et al. (2005) a realizar um estudo

epidemiológico de cárie dentária em população quilombola do Alto Rio Trombetas, no município de Oriximiná, Pará. O trabalho desses autores é uma das ações realizadas pelo Projeto Multicampi Saúde implementado pela Universidade Federal do Pará, em parceria com a Fundação Esperança de Santarém. Os resultados podem servir para planejar ações efetivas para promoção saúde bucal, que controlem a doença cárie e estimulem a instituição de autocuidados, respeitando-se a cultura das comunidades.

Em levantamento das condições de saúde bucal em uma comunidade indígena Xavante do Mato Grosso realizado por Arantes, Santos e Coimbra (2001), 80,7% da amostra estudada (n = 228) não necessitavam de próteses. Das que necessitavam, a maior necessidade era de próteses parciais. Embora os Xavantes não tenham o hábito de realizar escovação dental como recomendado pelos cirurgiões-dentistas, não tenham acesso à água fluoretada e consumam grande quantidade de alimentos industrializados, incluindo o açúcar, o percentual de necessidades de próteses foi inferior ao da comunidade quilombola. É possível que o acesso dessa comunidade aos serviços odontológicos seja facilitado e, conseqüentemente, sejam menores as necessidades reabilitadoras.

Mais de 60% da população quilombola estudada em Santo Antônio do Guaporé teve acesso a serviços odontológicos, ainda que a maioria o tenha feito havia mais de três anos. Daqueles que receberam atendimento, mais de 65% recorreu ao serviço público.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2003 para a região Norte indicam que 10,8% da população nunca tiveram acesso a serviço odontológico, entretanto mais de 80% deles correspondia aos jovens entre 15 e 19 anos de idade, o que pode significar que esta população não procurou os serviços porque não teve

necessidade, visto que 10% e 12% dos jovens desta faixa etária estavam livres da cárie (CPOD = 0) em municípios com e sem flúor, respectivamente (BRASIL, 2004b).

Para os adultos e idosos, a falta de acesso a serviço odontológico correspondeu a apenas 4% da população (BRASIL, 2004b), valor este bem diferente da comunidade quilombola estudada, que incluiu apenas os maiores de 12 anos, em que 37,9% das pessoas nunca haviam consultado o dentista. Embora a maioria deles também tenha recorrido ao serviço público, percebeu-se uma ampliação do acesso a serviços privados pela população da região Norte, o que não aconteceu com os quilombolas de Santo Antônio do Guaporé.

A dor como queixa principal para a procura pelos serviços odontológicos também foi relatada pela maioria da população nortista, seguida pela consulta de rotina/manutenção (BRASIL, 2004b). Para a população estudada, 94,4% das pessoas recorreram ao atendimento, motivados pela dor (o que representa 58,6% dos indivíduos examinados). Não se pode afirmar que aqueles que nunca tiveram acesso ao cirurgião-dentista também não tenham tido alguma necessidade de tratamento.

Quanto à avaliação do atendimento recebido, este foi classificado como bom por quase 45% da comunidade quilombola estudada (considerando-se todos os indivíduos examinados), mas, ao se considerar o número de pessoas que tiveram acesso ao serviço, esse percentual sobe para 72%. A boa avaliação dos serviços pela população da região Norte, segundo dados do Projeto SB Brasil 2003, correspondeu a 58% da amostra ou 65% daqueles que usaram algum tipo de serviço odontológico.

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de âmbito nacional, realizado em 1986, entre outras informações, obteve dados quanto ao uso e necessidade de prótese entre os adolescentes, adultos e idosos. Menos de 2% dos jovens entre 15 e 19 anos de idade usavam ou necessitavam de prótese total superior, inferior ou ambas, percentual que subia para 40,3% entre os adultos e 72,1% entre os idosos. Os edêntulos correspondiam a 40% da população idosa (BRASIL, 1988).

Como ressalvas para finalidades de comparação com este estudo, vale ressaltar que, na ocasião, eram considerados idosos os indivíduos entre 59 anos de idade, em função da expectativa média de vida da população brasileira. E que o estudo se restringiu à população da zona urbana das capitais.

Entre os estudos sobre a saúde bucal dos idosos no Brasil que sucederam o Levantamento Epidemiológico Nacional de 1986 e foram publicados até o ano de 2000, apenas oito referiam-se a levantamentos epidemiológicos. A prevalência do edentulismo foi de 68%. Somente 3,9% das pessoas não necessitavam nem usavam qualquer tipo de prótese, e o uso da prótese total foi mais freqüente no arco superior do que no inferior. Esses estudos confirmaram as condições muito precárias de saúde bucal em idosos no Brasil (COLUSSI; FREITAS, 2002).

A utilização de serviços odontológicos e seus determinantes entre idosos brasileiros, outro grupo considerado vulnerável, foi analisada por Martins, Barreto e Pordeus (2007). Para isso, foram incluídos os idosos participantes do Projeto SB Brasil 2003 que usaram algum serviço odontológico pelo menos uma vez na vida. Os dados referentes aos dentados e edentados foram comparados e analisados separadamente. A prevalência de uso de serviço odontológico no ano anterior à pesquisa foi de 26,6% entre os dentados e 10,4% entre os edentados. Entre

dentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade, que percebiam sua mastigação como péssima/ruim e que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os que não receberam informações sobre saúde bucal, que percebiam sua saúde bucal como ruim/péssima, que tinham menor renda *per capita*, que precisavam de prótese e já a usavam, que precisavam de prótese e não a usavam, que tinham problemas periodontais e maior número de dentes extraídos. Entre edentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade e os que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os idosos identificados como não-brancos e os que não receberam informações sobre saúde bucal. A saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e o uso de serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam. Diferentes fatores estiveram associados ao uso entre dentados e edentados. Apenas a escolaridade, o acesso a informações sobre saúde bucal e a dor nos dentes ou gengiva nos últimos três meses foram comuns aos dois estratos. São necessários investimentos públicos em saúde bucal para reverter esse quadro.

Idosos do município de Rio Claro, São Paulo, apresentaram um índice de edentulismo superior a 74%; na faixa etária de 65 a 74 anos de idade, 48,5% e 45,5% necessitavam de próteses totais superiores e inferiores, respectivamente. Os autores concluíram que seriam necessários programas preventivos e educativos com foco para adultos, a fim de que estes chegassem à terceira idade com uma condição de saúde bucal melhor que a relatada nesse estudo (SILVA; SOUSA; WADA, 2004).

Reis et al. (2005) estudaram idosos institucionalizados da cidade de Goiânia em 2003. As condições estudadas foram cárie, uso e necessidade de prótese, doença periodontal e alterações de tecido mole. A faixa etária variou de 60 a 103 anos. A prevalência de edentulismo foi de 69,2%. Quase a metade da amostra

usava algum tipo de prótese, seja no arco superior ou inferior, mas 80,3% necessitavam ainda de alguma prótese. O tipo de prótese mais comum foi a total. Entretanto, nessa população, 35,6% das pessoas eram totalmente desdentados e não usavam prótese.

Em outro estudo sobre idosos institucionalizados em um município do nordeste brasileiro, foram examinados 160 idosos com mais de 65 anos de idade. Mais de 65% deles não possuía nenhum dente hígido na boca e 58% eram totalmente desdentados. Do total dos idosos investigados, 70% e 81% não usavam nenhum tipo de prótese (total e removível) superior e inferior, respectivamente. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada, 84% necessitavam de algum tipo de prótese superior e 88% de prótese inferior. A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo. Os dados mostraram que a maioria dos idosos apresentava saúde bucal precária. Assim, os autores propuseram que são indispensáveis medidas intervencionais focalizadas nessas populações como educação em saúde e tratamento precoce (GAIÃO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

Os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e as principais dificuldades no acesso aos serviços de saúde foram analisados por Moreira et al. (2005), por meio de revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004. Os valores médios do índice CPO-D encontrados nos artigos pesquisados variou de 25 a 31. Verificou-se grande porcentagem de indivíduos edêntulos. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal (MOREIRA et al., 2005).

Diante desses fatores, a saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista (MOREIRA et al., 2005).

Sobre a necessidade de prótese da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, quase 50% dela precisa de algum tipo de prótese superior e mais de 70% algum tipo de prótese inferior. Estes resultados são mais similares à situação de saúde bucal da população brasileira na década de 80. Embora com maiores percentuais em relação à população nortista (29% e 51%, respectivamente), segundo o levantamento epidemiológico de 2003, os dados indicam que, de maneira geral, os indivíduos procuram corrigir a ausência de elementos dentários no arco superior, provavelmente, por questões estéticas. Sabe-se também que o uso de prótese inferior produz mais incômodo, o que leva o indivíduo a não repor funcionalmente a ausência de dentes; por isso, no momento do levantamento do índice, considera-se a necessidade do uso.

Não houve, por esta comunidade quilombola, nenhuma necessidade para a prótese total superior, mas 13,8% precisavam usá-la no arco inferior. As maiores necessidades corresponderam à combinação de próteses, tanto superior quanto inferior, de maneira similar ao que acontece na região Norte do país. Isso se deve ao custo de execução de próteses combinadas, que envolve o uso de materiais metálicos e, portanto, mais caros. Como há muito pouca oferta de próteses pelo serviço público, os indivíduos precisam recorrer aos serviços privados e, por isso, são limitadas as possibilidades de acesso a essas próteses.

O menor percentual de necessidades de próteses totais entre a comunidade quilombola de Santo Antônio do Guaporé pode ser justificado pela própria dificuldade de acesso a serviços odontológicos. Como os indivíduos procuraram o atendimento por causa da dor de dente, a extração só deve ter sido feita no elemento dental que provocou a dor. Assim, o indivíduo demora mais tempo para ter todos os seus dentes extraídos e, talvez, isso nem aconteça. Quando a população adulta e idosa tem mais facilidade de acesso a atendimento odontológico, sabe-se da preferência, por parte do próprio paciente, para a extração múltipla, com conseqüente necessidade de reabilitação total.

Este estudo ilustra a dificuldade de acesso ao serviço odontológico, sobretudo o reabilitador, a que uma população vulnerável como a comunidade quilombola de Santo Antonio do Guaporé, Rondônia está exposta, o que sugere a necessidade de maior atenção por parte dos programas do governo para o atendimento das necessidades de populações vulneráveis.

7 CONCLUSÕES

A partir do levantamento das condições de acesso e de saúde bucal da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, Brasil, conclui-se que:

- há dificuldade no acesso ao serviço odontológico e este foi procurado motivado pela dor;
- as condições bucais desta população são marcadas pela necessidade de tratamento reabilitador protético.

REFERÊNCIAS

ANUNCIAÇÃO, E. J. et al. Estudo epidemiológico de cárie em quilombolas do alto rio Trombetas, Pará. In: JORNADA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA – UFPA, 8., 2005, Pará. **Anais...** Pará: UFPA, 2005.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA, J. R., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 375-384, mar.abr. 2001.

ARRUTI, J. M. A. A emergência dos “remanescentes”: notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas. **MANA**; p. 7-38, 1997.

ARRUTI, J. M. A. O quilombo entre dois governos. **Tempo e presença**, v. 25, n. 330, p. 10-15, jul./ago, 2003.

ASSOCIAÇÃO DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DO MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ (ARQMO); COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP). **Projeto manejo dos territórios quilombolas**. São Paulo: CPI-SP, 2005.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. 2003.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003**. Cria a Secretaria Especial de Políticas de promoção da igualdade racial, da Presidência da República, e dá outras providências. 2003.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: MS, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: Brasil, zona urbana, 1996. Brasília: MS; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, resultados principais. Brasília: MS, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **A saúde da população negra e o SUS**: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Chamada nutricional quilombola 2006**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: MS, 2004.

CARDOSO, L. F. C. **Etnicidade e política na construção da identidade quilombola**. [Tese de Doutorado] Florianópolis: UFSC; 2005. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsa.br>>. Acesso em: 23 abr. 2007.

CATHARINA, A. C. A constitucionalização simbólica dos direitos coletivos das comunidades remanescentes de quilombo na Constituição Federal de 1988.

CHAGAS, M. F. A política do reconhecimento dos remanescentes das comunidades dos quilombos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 7, n. 15, p. 209-235, jul. 2001.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1313-1320, set.out.2002.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes

em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 316-323, set. 2005.

GOMES, G. Programas sociais ainda não incluem famílias quilombolas, aponta estudo. **Agência Brasil**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/05/15/>>. Acesso em: 14 maio 2007.

GOMES, J. E. S. **Intervenção e exploração de recursos naturais em comunidade quilombola**: o caso de Abacatal. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado). - Universidade Federal do Pará, Belém, 2005. Disponível em www.ufpa.br. Acesso em: 14 maio. 2007.

GUERRERO, A. F. H. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde Soc.**, Manaus, v. 16, n. 2, p. 103-110, 2007.

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. 2000. **Núcleo de estudos sobre identidade e relações interétnicas da UFSC – NUER**. Disponível em: <<http://www.nuer.ufsc.br/artigos/osquilombos.htm>>. Acesso em: 14 maio 2007.

MACHADO, M. F. R. Quilombos, cabixis e caburés: índios e negros em Mato Grosso. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 25., 2006, Goiânia. **Anais...** Goiânia: Associação Brasileira de Antropologia, 2006. p. 1-24.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 22, n. 5, p. 308-316, 2007.

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.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 40, n. esp., p.141-147, mar. 2003.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio Grande do Norte, v. 1, n. 2, p. 177-189, abr. 1998.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 338-342, jul./ago. 2006.

RABINOVICH, E. P.; BASTOS, A. C. S. Famílias e projetos sociais: analisando essa relação no caso de um quilombo em São Paulo. **Psicologia em Estudo**, São Paulo. v. 12, n. 1, p. 3-11, nov. 2007.

REIS, S. C. G. B. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. **Rev. Bras. Epidemiol**, Goiás. v. 8, n. 1, p. 67-73, mar.2005.

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 9-25, fev. 2000.

SANTOS, G. L.; CHAVES, A. M. Ser quilombola: representações sociais de habitantes de uma comunidade negra. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p.353-361, jul./ set. 2007.

SCHMITT, A; TURATTI, M. C. M.; CARVALHO, M. C. P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 5, n 10, p. 1-8, jan./jul. 2002.

SILVA, D. D; SOUSA, M. R. L; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 626-631, mar./ abr. 2004.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. **Saúde Soc.**, João Pessoa. v. 16, n. 2, p. 111-124, maio./ ago. 2007.

TEIXEIRA, M. A. D. **Campesinato negro de Santo Antônio do Guaporé: Identidade e sustentabilidade**. 2004. 525 f. Tese (Doutorado), Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

VALVERDE, E. Reconhecimento da população quilombola da comunidade de Santo Antonio do Guaporé, no município de Costa Marques, Estado de Rondônia. Discurso realizado em 18.8.2004 no Seminário sobre o Biodiesel em Porto Velho. Disponível em <http://www.bioteχνologia.com.br/biocongresso/discurso.asp?id=133>. Acesso em:17 jul. 2007.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados e esclarecidos pelo pesquisador sobre o teor da pesquisa; e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, nos termos seguintes:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM INDIVÍDUOS RESIDENTES NA COMUNIDADE NEGRA (QUILOMBOLA) DE SANTO ANTÔNIO DO GUAPORÉ-RO.**"

Eu discuti com a Dra. Maria Eliza de Aguiar e Silva (residente na rua Santos Dumont, 75 – Caiari/Porto Velho-RO, tel 69. 32118029) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos de exame para verificação da quantidade de dentes perdidos e resposta de questionário sobre frequência de idas ao dentista e higiene bucal a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de tratamento odontológico, caso seja necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Porto Velho, de de 2007.

Assinatura por Extenso do Sujeito da Pesquisa ou Responsável Legal

Maria Eliza de Aguiar e Silva
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C

Seguem as questões e os respectivos códigos.

1. Já foi ao dentista alguma vez na vida?

Diz respeito à consulta odontológica por parte do entrevistado durante toda a sua vida.

0 - Sim

1 – Não

2. Há quanto tempo?

Indica o tempo desde a última consulta.

0 - Nunca foi ao dentista

1 - Menos de 1 ano

2 - De 1 a 2 anos

3 - Há 3 ou mais anos

3. Onde?

0 - Nunca foi ao dentista. Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 1 correspondeu ao código 1.

1 - Serviço Público. Qualquer serviço que pertença à rede SUS ou, caso não pertença ao SUS, seja mantido pelo poder público (PAS em São Paulo, por exemplo). É importante enfatizar que os serviços *gratuitos* não necessariamente podem se encaixar nesta categoria.

2 - Serviço Privado Liberal. Enquadram-se nesta categoria consultórios e clínicas odontológicas, em cujo atendimento ocorreu o pagamento direto ao profissional.

3 - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios). Quando o atendimento ocorreu em clínicas e/ou consultórios odontológicos privados, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de saúde, seguro ou convênio com empresas.

4 - Serviço Filantrópico. Tipo de serviço em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a entidades filantrópicas (igrejas, clubes, fundações, associações, etc.)

5 – Outros. Quando não é possível se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

4. Por quê?

Motivo pelo qual o entrevistado foi atendido.

0 - Nunca foi ao dentista. Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 1 correspondeu ao código 1.

1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção. Quando a procura se deu para verificar a existência de necessidades, mas estas não foram percebidas pelo entrevistado.

2 - Dor. Quando a procura se deu por causa de dor (em qualquer nível) nos dentes e/ou nas gengivas.

3 - Sangramento gengival. Quando a procura se deu em razão de sangramento gengival percebido pelo entrevistado.

4- Cavidades nos dentes. Quando o entrevistado percebeu a existência de cavidades nos dentes e procurou atendimento.

5 - Ferida, caroço ou manchas na boca. Quando a procura se deu por causa da percepção, por parte do entrevistado, de feridas, caroços ou manchas em sua boca.

6 - Rosto inchado. Quando a procura ocorreu motivada pela percepção de rosto inchado com ou sem a presença de dor.

7 - Outros. Quando não foi possível enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

4. Como avalia o atendimento?

Diz respeito à avaliação, por parte do entrevistado, do atendimento recebido. Relaciona-se à qualidade do atendimento recebido, desde a forma como foi atendido pelo(s) profissional(is) à eventual resolução do problema. Pede-se ao entrevistado que enquadre o atendimento em uma das categorias abaixo.

0 - Nunca foi ao dentista. Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 1 correspondeu ao código 1.

1 - Péssimo

2 - Ruim

3 - Regular

4 – Bom

5 – Ótimo

APENDICE D – Termo de Consentimento Pós Informação

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : GÊNERO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... GÊNERO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº

BAIRRO:..... CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **AValiação DA NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM INDIVÍDUOS RESIDENTES NA COMUNIDADE NEGRA (QUILOMBOLA) DE SANTO ANTÔNIO DO GUAPORÉ-RO.**

PESQUISADOR: **Maria Eliza de Aguiar e Silva**

CARGO/FUNÇÃO: Diretora Geral

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CRO 197

UNIDADE : Curso de Odontologia/Faculdade São Lucas

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: **SEM RISCO**

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : (6 MESES)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. **Justificativa e os objetivos da pesquisa:** O levantamento da condição de saúde bucal da Comunidade de Santo Antônio do Guaporé é necessário para que possa integrá-la ao meio social dando orientações às práticas de saúde bucal, concientizando-os quanto a importância dos cuidados com a mesma e promovendo uma melhoria da condição bucal dos moradores desta comunidade.
2. **Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:** Questionário de Saúde: perguntas sobre a saúde geral, saúde da boca, alimentação e costumes. CPO-D ou ceo: Observar e anotar no papel quantos dentes estão estragados (cariados), quantos foram arancados (perdidos) e dentes obturados (tratados pelo dentista, curativos). A Instrução de higiene Oral, Palestras Educativas e preventivas: Orientar como fazer para manter uma boa saúde bucal. Procedimentos curativos; Exodontias: Dentes indicados para extração (raízes residuais), eliminando o foco de infecção da boca; TRAs (tratamento restaurador atraumático), remover parte da cárie com instrumental parecido com uma colher pequena, limpar a cavidade (buraco do dente) e colocar um curativo que vai impedir o crescimento da cárie. Raspagem gengival: retirar todo o tártaro que está grudado no dente, com isso vai diminuir a quantidade de sujeira (placa) em volta do dente mantendo os seus dentes e gengivas saudáveis.
3. **Desconfortos e riscos esperados:** Todos os procedimentos a serem realizados não causam nenhum desconforto e risco ao paciente.

4. Benefícios que poderão ser obtidos: Melhoria na condição Bucal e no controle de placa pelos moradores; Conscientização quanto a importância da higiene oral; e Contribuição para o desenvolvimento da investigação epidemiológica a partir da construção de um referencial teórico metodológico.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. Disponibilidade de assistência, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS:

Maria Eliza de Aguiar e Silva. Endereço: Rua Santos Dumont, 75, Caiari, Porto Velho-RO, CEP 78900-000
Telefone: (69) 32246715.

VI - CONSENTIMENTO POS-ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM INDIVÍDUOS RESIDENTES NA COMUNIDADE NEGRA (QUILOMBOLA) DE SANTO ANTÔNIO DO GUAPORÉ-RO.**"

Eu discuti com a Dra. Maria Eliza de Aguiar e Silva (residente na rua Santos Dumont, 75 – Caiari/Porto Velho-RO, tel 69. 32118029) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos de exame para verificação da quantidade de dentes perdidos e resposta de questionário sobre frequência de idas ao dentista e higiene bucal a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de tratamento odontológico, caso seja necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Porto Velho, de de 2007.

Assinatura por Extenso do Sujeito da Pesquisa ou Responsável Legal

Maria Eliza de Aguiar e Silva
Pesquisadora Responsável

ANEXO A – Odontograma

TRATAMENTO EXECUTADO																	
EX. CLÍNICO																	
1																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
4																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
EX. CLÍNICO																	
TRATAMENTO EXECUTADO																	

CÓDIGOS - Ex.clínico
P - perdido
Ei - extração indicada

CÓDIGOS - Tratamento
1 - extração

ANEXO – B – Instruções para preenchimento do Termo de Consentimento

(Resolução Conselho Nacional de Saúde 196, de 10 outubro 1996)

1. Este termo conterà o registro das informações que o pesquisador fornecerá ao sujeito da pesquisa, em linguagem clara e acessível, evitando-se vocábulos técnicos não compatíveis com o grau de conhecimento do interlocutor.
2. A avaliação do grau de risco deve ser minuciosa, levando em conta qualquer possibilidade de intervenção e de dano à integridade física do sujeito da pesquisa.
3. O formulário poderá ser preenchido em letra de forma legível, datilografia ou meios eletrônicos.
4. Este termo deverá ser elaborado em duas vias, ficando uma via em poder do paciente ou seu representante legal e outra deverá ser juntada ao prontuário do paciente.
5. A via do Termo de Consentimento Pós-Informação submetida à análise do Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - deverá ser idêntica àquela que será fornecida ao sujeito da pesquisa.

ANEXO B – Carta de Aprovação



Comitê de Ética em Pesquisa *Faculdade São Lucas*

Carta AP/CEP/137/07

Porto Velho, 05 de Novembro de 2007.

Ilmo(a). Sr(a).
Maria Eliza de Aguiar e Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Lucas aprovou na reunião do dia 21/08/07, o projeto de pesquisa “**Necessidade Protética da População Quilombola - Santo Antônio do Guaporé - RO**”, e foi o seguinte parecer do relator: “**APROVADO**”.

Atenciosamente.


Marcelo Custódio Rubira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade São Lucas

Marcelo Custódio Rubira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade São Lucas

Rua Alexandre Guimarães, 1927 Areal – CEP: 78916-450 – Porto Velho/RO
Fone: (69) 3211-8006
E-mail: cep@saolucas.edu.br

