

Itinerários terapêuticos para cuidados em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural da Bahia, Brasil

Therapeutic itineraries of *quilombola* adults for oral health care in a rural district of Bahia, Brazil

Ricardo de Almeida Souto (<https://orcid.org/0000-0002-9164-0024>)¹

Raquel Souza (<https://orcid.org/0000-0002-7254-5486>)¹

Etna Kaliane Pereira da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-2827-9395>)²

Lucelia Luiz Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-9722-143X>)³

Joilda Silva Nery (<https://orcid.org/0000-0002-1576-6418>)⁴

Abstract *This study examined the oral health-related therapeutic itineraries of quilombola adults in a rural district of Vitória da Conquista, Bahia. This qualitative study involved ten semi-structured interviews of adult members of the quilombola community, in May 2021, which were then transcribed and analysed using content analysis. The results showed little or poor oral hygiene at some stage of life, especially in childhood and adolescence, the use of popular oral health care practices, and experiences of professional care featuring tooth extraction. Use of health services was mostly reported only in the period prior to the COVID-19 pandemic. Responses as to perceived ease of access to health services in the community varied. One common complaint as to satisfaction with oral health was the need to use or replace dental prostheses. This study concluded that oral health must be promoted jointly with disease prevention, dental rehabilitation and recognition for the knowledge and worldview of the quilombola population.*

Key words *Health knowledge, attitudes, practices, Oral health, African Continental Ancestry Group, Ethnicity and health*

Resumo *O estudo analisou os itinerários terapêuticos relacionados à saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com adultos quilombolas em maio de 2021, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram ausência e/ou precariedade na higiene bucal em alguma fase da vida, especialmente infância e adolescência; utilização de práticas populares para cuidado a saúde bucal e experiências de cuidado profissional marcadas pela exodontia. A utilização de serviços de saúde foi relatada, em sua maioria, apenas no período anterior à pandemia de COVID-19, os entrevistados divergiram quanto à percepção de facilidade do acesso aos serviços de saúde em sua comunidade. Os relatos sobre a satisfação da saúde bucal destacaram a necessidade de uso ou substituição de próteses dentárias. À guisa de conclusão, entende-se que é necessária a promoção de saúde bucal de forma articulada com ações que possibilitem a prevenção de agravos, a reabilitação odontológica e a valorização do conhecimento e da visão de mundo da população quilombola.*

Palavras-chave *Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, Saúde bucal, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Etnia e saúde*

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia (UFBA). R. Hormindo Barros 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias. 45029-094 Vitória da Conquista BA Brasil. ricardosouto31@gmail.com

² Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras BA Brasil.

³ Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ UFBA. Salvador BA Brasil.

Introdução

A expressão remanescente das comunidades de quilombos citada no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal (CF) de 1988 é associada à luta da militância negra e de parlamentares comprometidos com a causa antirracista por amplos direitos, que extrapolam a luta pelo direito fundiário^{1,2}. O termo quilombo não fica restrito apenas a um resquício arqueológico de ocupação temporal ou de evidência biológica, nem se restringe a grupos homogêneos ou isolados, tampouco a sua origem se deu necessariamente de movimentos insurrecionais, mas especialmente de grupos que desenvolveram práticas de resistência na reprodução e preservação de seus territórios e modos de vida³.

A Organização dos Estados Americanos reconhece que a omissão histórica do Estado brasileiro permitiu a ocorrência de violações de direitos de populações quilombolas, seja pela ausência de políticas públicas e situação de precariedade na oferta de serviços, seja na violação aos direitos fundiários, na omissão de consulta a estes povos ou pela inexistência de uma política efetiva de reparação frente à discriminação histórica a que foram submetidos⁴. O Estatuto da Igualdade Racial promulgado no ano de 2010 se constituiu como um dos marcos legais para balizar ações do Estado brasileiro quanto ao combate à discriminação e a diversas formas de intolerância étnica e à garantia de igualdade de oportunidades para a população negra e à defesa de direitos étnicos coletivos, difusos e individuais⁵.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra definiu estratégias para garantir melhoria nos indicadores de saúde das populações quilombolas e fortalecer o acesso aos serviços de saúde⁶. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta estabeleceu metas para ampliar o acesso destas populações ao Sistema Único de Saúde (SUS) e instituiu a necessidade de criação de indicadores específicos para as distintas populações, inclusive quilombolas, no monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde⁷.

A saúde bucal expressa aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais e exerce um papel essencial sobre a saúde geral e a qualidade de vida, uma vez que o comprometimento das condições bucais pode influenciar não apenas no surgimento de doenças bucais e em outros órgãos, mas também na qualidade da alimentação e nutrição e na saúde mental interferindo nega-

tivamente na vida social das pessoas e na capacidade de adaptação, por meio do autocuidado, a alterações fisiológicas no percurso de vida de um sujeito⁸⁻¹⁰.

Condições desfavoráveis de saúde bucal em populações de comunidades remanescentes de quilombos (CRQ), que em sua maioria vivem em localidades rurais, são influenciadas por contextos de vida adversos, como menor acesso a serviços de educação e de saúde¹¹, menor cobertura de serviço de rede de esgoto sanitário, de água tratada e de fluoretação da água de abastecimento¹². Miranda *et al.*¹³ identificaram uma prevalência de edentulismo de 52% entre idosos de uma comunidade quilombola e uma necessidade de algum tipo de prótese dentária em 88% dos idosos. Araújo *et al.*¹⁴ identificaram que 49,8% dos adultos de uma CRQ relataram ter extraído até 5 dentes e 32,2% mais de 5 dentes. Souza *et al.*¹⁵ concluíram que mais de 50% dos idosos de uma CRQ eram desdentados totais e somente 17% usavam próteses dentárias totais. Souza e Flório¹⁶ identificaram em duas populações de CRQ que nenhum indivíduo nos grupos etários de 35 a 59 anos e de mais de 60 anos estava livre de cárie dentária. Silva *et al.*¹⁷ identificaram que 37,9% de um grupo de 29 indivíduos maiores de 12 anos de idade de uma CRQ nunca havia se consultado com um dentista.

Estudos a partir da análise de itinerários terapêuticos auxiliam a investigação, a análise e a compreensão de práticas de saúde em comunidades rurais quilombolas, que são condicionadas às concepções de mundo, aos modos de interpretação da vida e aos recursos sociais disponíveis e que são influenciadas por determinantes materiais, sociais e subjetivos^{18,19}. Dessa forma, esse trabalho objetiva analisar os itinerários terapêuticos relacionados à saúde bucal de adultos quilombolas de uma comunidade rural do município de Vitória da Conquista, Bahia.

Metodologia

Foi realizado um estudo de desenho qualitativo exploratório analítico como parte do projeto da dissertação "Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista - Bahia" a partir de entrevistas baseadas em um roteiro semiestruturado com dez adultos quilombolas residentes no distrito rural do Pradoso assistidos pela Equipe de Saúde da Família do Pradoso no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Para amparar a formulação das questões da entrevista semiestruturada partiu-se de aspectos sociodemográficos, de narrativas quanto a condições de saúde bucal e experiências de cuidado, da acessibilidade a serviços de saúde, da autopercepção de saúde bucal e da relação saúde bucal e saúde geral. Este instrumento de registro de dados auxiliou na descrição de eventos, conversas e reflexões que favoreceram análises e interpretações do pesquisador frente ao que foi vivenciado²⁰.

Os participantes da pesquisa foram convidados por agentes comunitários de saúde durante visitas domiciliares. As datas das entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos participantes em suas respectivas residências. No mês de março de 2021 foram realizados pré-testes com 6 adultos das localidades do Baixão e da Lagoa de Maria Clemência, que não fizeram parte da amostra final. Os dez adultos entrevistados no mês de maio de 2021, incluídos na pesquisa, eram moradores das comunidades do Oiteiro, Malhada, Manoel Antônio e Saguim. Foram excluídos dessa pesquisa, moradores que não tinham a disponibilidade de tempo mínimo de 30 minutos para uma entrevista ou que residiam em microárea não coberta por agente comunitário de saúde e um convidado que não se encontrava na sua residência no dia e horário agendado. A aceitação voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi pré-requisito ético para inclusão dos participantes.

A determinação de um número de entrevistados foi desafiadora, em função do caráter de abrangência das interconexões que se estabelecem para a compreensão de um objeto de pesquisa²¹. Foi utilizado um equipamento para gravação das entrevistas. As entrevistas do pré-teste e as da amostra final foram conduzidas por um único pesquisador, do sexo masculino, odontólogo e mestrando em saúde coletiva. A transcrição dos áudios das entrevistas foi realizada por uma empresa contratada e revisada pelo pesquisador que conduziu as entrevistas. Assegurou-se o anonimato dos participantes, pela omissão dos seus respectivos nomes e utilização da expressão “entrevistado” seguida de um número. A confiabilidade deste estudo se ancorou na transparência metodológica²² ao se descrever de modo detalhado os procedimentos empíricos e teóricos utilizados, na exploração dos significados²² da saúde bucal da população estudada e no reconhecimento de limites desta pesquisa.

Para verificar a saturação das entrevistas foi utilizado um modelo proposto por Fontanella *et*

*al.*²², em que se procedeu à imersão/exploração de cada entrevista, a partir da escuta dos áudios das entrevistas previamente transcritas, assim como à compilação dos sentidos específicos revelados em cada entrevista, seguido do agrupamento e classificação destes sentidos identificados e, finalmente, à representação visual desta saturação, conforme identificada no Quadro 1.

Adotou-se uma análise de conteúdo partindo-se de uma etapa de pré-análise seguindo para a exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação²⁰. Na exploração do material pretendeu-se a identificação de núcleos de sentido e significados, enquanto nas etapas de tratamento dos resultados, inferência e interpretação foi observada a pertinência com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa²³.

A pesquisa foi aprovada pelo polo de Educação Permanente do município de Vitória da Conquista, assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Resultados e discussão

Os adultos quilombolas entrevistados tinha em sua maioria entre 40 e 59 anos de idade e se auto-declararam como uma pessoa negra (cor parda) e declararam como estado civil a união estável. Sete participantes eram do sexo feminino, três entrevistados não eram alfabetizados, dois informaram ter o fundamental I incompleto, dois o fundamental I completo, dois o fundamental II incompleto e um o ensino médio completo. A condição de aposentado representou a metade do grupo. Com relação à renda familiar, metade dos entrevistados declarou renda abaixo de um salário e a outra metade igual a um salário-mínimo.

Em relação às condições de moradia, as entrevistas apontaram que nove entrevistados possuíam residência própria e que oito contavam com água encanada nas suas residências. Na comunidade rural não havia drenagem de águas pluviais e nem sistema de esgotamento sanitário, segundo relato de todos os entrevistados. Havia coleta de lixo em determinados dias da semana, conforme o relato de sete entrevistados, mas apenas um revelou haver coleta seletiva de lixo e a prática de queimar o lixo se revelou frequente no relato de quatro entrevistados.

De uma maneira geral, o perfil socioeconômico das populações de comunidades de remanescentes de quilombos é marcado por um contexto de vulnerabilidade, sendo um achado

Quadro 1. Representação visual da saturação das entrevistas.

Tema	Núcleos de sentidos	Entrevistas										Total de recorrências
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia	Cuidados de saúde bucal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
	Dor de dente como queixa clínica em determinado momento da vida	x		x	x	x	x	x	x		x	8
	Acessibilidade a serviços de saúde bucal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
	Relato de precárias condições de saúde bucal em determinada fase da vida	x		x	x	x		x	x		x	7
	Relação entre saúde bucal e saúde geral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
	Relato de possibilidade de um agravamento de saúde bucal impactar negativamente a vida social de uma pessoa	x		x	x	x	x	x	x	x		8
	Práticas populares de saúde bucal	x	x		x	x	x		x		x	7
	Relato sobre doença gengival	x	x	x	x		x				x	6
	Relato sobre cárie		x		x	x	x	x				5
	Relato sobre câncer bucal		x		x						x	3
	Autopercepção de saúde bucal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
	Relato de uso atual de prótese dentária		x	x					x			3
	Relato de história de apoio de amigos ou familiares para si mesmo ou para outra pessoa acessar serviços de saúde bucal		x	x		x			x		x	5
	Consultas regulares ao dentista para ter saúde bucal			x		x				x	x	4
	Relato de necessidade de uso ou de substituição de prótese dentária				x	x		x			x	4
Frequência de aparecimento de novos tipos de enunciados (sentidos) em cada entrevista	9	4	1	1	0	0	0	0	0	0		

Fonte: Autores.

comum a dependência de programas sociais de transferência de renda, a atividade de agricultura de subsistência com mão de obra familiar, o acesso restrito a serviços de saúde, de educação e de saneamento básico^{24,25}.

Cuidados de saúde bucal

Pelos itinerários terapêuticos mencionados nas entrevistas, nos caminhos percorridos pelos participantes ocorreu uma combinação da utilização de serviços de saúde públicos e privados de saúde bucal, bem como adoção de práticas populares e de automedicação para suprir as necessidades de cuidados. Nesse sentido, destaca-

se que a maior parte dos relatos a respeito das estratégias de cuidado de saúde bucal revelou ausência e/ou situação de precariedade quanto a hábitos de higiene bucal em diversas fases da vida que, combinado ao perfil sociodemográfico, compõem um contexto de vulnerabilidade social a ser superado pela sociedade civil e gestores de políticas públicas. Evidências contemporâneas têm demonstrado que grupos raciais ditos minoritários geralmente convivem com um fardo maior de doenças bucais, havendo diferenças significativas entre grupos raciais socialmente favorecidos e desfavorecidos e que as desigualdades raciais na área da saúde bucal são observadas ao longo do tempo em diversas nações por meio do

racismo estrutural, isto é, uma estrutura produzida e mantida por leis, sistemas políticos e econômicos, além de normas sociais e culturais²⁶.

Os itinerários terapêuticos traduzem o percurso de sujeitos na busca pelo cuidado em saúde contextualizado pelas suas visões de mundo, pelos modos de interpretação da vida e do processo saúde-doença-cuidado, pelas redes de apoio social e pelos recursos sociais disponíveis para a sua fruição¹⁸. Alguns relatos revelaram uma situação de precariedade quanto aos hábitos de higiene bucal do entrevistado na infância, seja no ambiente familiar, seja na escola (Quadro 2). Os relatos revelaram que a saúde deve ser vivenciada em diferentes espaços sociais. O ambiente familiar, a escola, as unidades de saúde, as igrejas e os centros comunitários podem ser locais de construção/compartilhamento de informações e estratégias voltadas à promoção de saúde. A escovação dentária, um dos pilares estratégicos para uma boa saúde bucal, foi mencionada por todos os entrevistados (Quadro 2).

Não houve menção ao uso de fio dental como parte das estratégias de higienização, em que pese fosse desejável que tal acessório fizesse parte da rotina dos entrevistados como complemento da higiene oral. Silva *et al.*²⁷, em estudo que incluiu adolescentes quilombolas e não quilombolas, observaram 46,7% dos adolescentes estudados não utilizavam fio dental, e apesar de não observarem distinção nessa prevalência entre quilombolas e não quilombolas, os fatores associados a este hábito foram distintos²⁷. A fala do entrevistado 5 contrastou a experiência de sua higienização bucal baseada na educação dos seus pais com a realidade atual, conforme o relato abaixo:

Tem gente que não tem problema na boca. Tem os dentes tudo bonito e nem anda tanto em dentista. Eu acho que é porque cuidou bem quando tava mais novo. [...] Escovar pelo menos duas ou três vezes ao dia. Naquela época minha, até escova se pedisse pra os pais, os pais quebravam a gente no pau. “Pra que você quer isso, menino?” Os pais da gente eram muito ignorante. [...] Se pedisse uma escova de dente, Ave Maria! Hoje, os filhos da gente, a gente dá tudo, tenta manter, porque sabe como as coisas estão hoje, caro demais. Tem que cuidar de criança, porque se deixar para cuidar depois de velho, já era (Entrevistado 5).

É razoável inferir que a promoção da saúde bucal idealmente se inicie ainda na infância com incentivo/acompanhamento dos pais, entendendo-se que esta prática pode se constituir como um fator determinante para uma boa condição de saúde bucal em diferentes fases da vida, ainda

que não se tenha regularidade em visitas a um odontólogo e não se minimize a importância de tal acompanhamento. Para além dos cuidados de saúde bucal, evidente que boas condições gerais de vida, como moradia, saneamento básico, transporte, alimentação, educação, dentre outras, devem ser asseguradas a todos os cidadãos como pré-requisitos básicos de dignidade humana.

Alguns depoimentos destacaram a utilização de tratamentos populares (caseiros) com a finalidade de combater a dor dentária ou como um meio terapêutico utilizado no pós-operatório de exodontias ou para aliviar inflamação gengival, como nos relatos dos entrevistados 1, 2, 4, 6, 8 e 10 (Quadro 2). Observaram-se práticas de cuidado em saúde bucal, fruto do conhecimento popular e do modo de viver desta comunidade, compartilhadas por familiares e/ou amigos, a exemplo da utilização de casca de mulungu ou da folha de caju ou do bochecho com vinagre como recurso para reduzir a inflamação gengival, assim como o uso da folha da batata ou da casca de romã para combater dor de dente. A compreensão do cuidado em saúde em comunidades quilombolas não se limita à vinculação dos conhecimentos populares enquanto efeito de processos sistemáticos excludentes vivenciados por esta população, mas também são epistemologias que ligam o cuidado em saúde a uma dimensão mais ampla, associada aos modos de viver²⁸.

Souza *et al.*¹⁵ identificaram relatos de utilização de cinza de fogão a lenha e/ou água, além de hábitos de mascar fumo como estratégias de higienização bucal entre nove mulheres idosas de uma CRQ¹⁵. A utilização de fitoterápicos na odontologia, a exemplo do cravo-da-índia, da malva, do própolis, da romã, da camomila e da unha-de-gato se revela como uma alternativa eficiente e de baixo custo^{29,30}. Souza *et al.*¹⁵ observaram a utilização de ácido proveniente de plantas para combater a dor dentária entre idosos quilombolas. O diálogo e a intersecção entre os conhecimentos acadêmicos/formais de saúde e os saberes produzidos pelas práticas populares, denominado de intermedicalidade, podem ser promovidos em comunidades quilombolas a partir de políticas de saúde que assegurem a implementação de estratégias para tal encontro de saberes³¹.

Sete entrevistados relataram experiências de cuidados profissionais marcadas pela realização de inúmeras exodontias ao longo da vida como nos relatos dos entrevistados (Quadro 2). Precárias condições de saúde bucal autorreferidas foram percebidas em boa parte das histórias

Quadro 2. Categoria temática cuidados de saúde bucal segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia
Categoria temática	Unidades de Registros
Cuidados de saúde bucal	<p>Entrevistador: Fale sobre a sua história de vida, desde a infância até os dias atuais, considerando a condição da sua boca e de seus dentes e os cuidados de saúde bucal.</p> <p>Entrevistado 01: “[...] Então, antes, atrás era muito difícil a gente passar em um dentista e quando ia no dentista, era para arrancar o dente, não tinha essa coisa de tratamento”.</p> <p>Entrevistado 02: “Na minha época, da minha adolescência, geralmente eu sentia muita dor de dente, né? Inclusive, eu fazia um tratamento, fazia uma obturação. Aí com pouco tempo de novo tinha que tornar a fazer outra obturação. Agora, depois da minha vida de adulto, melhorou [...]”.</p> <p>Entrevistado 03: “A partir de dez anos eu já cuidava da minha saúde”.</p> <p>Entrevistado 04: “[...] A minha mãe que sempre cuidava de nós, né? [...] Tinha hora que a gente nem escovava os dentes, naquela época. Jogava uma ‘aguinha’ na boca, ia para a escola e ‘negoçava’ [...]”.</p> <p>Entrevistado 05: “O cuidado era bem precário, porque era a gente mesmo. [...] Saía pra a roça mais o pai, voltava. [...] Chegava lá (na escola), as professora também não ligava naquela época, o pessoal quase sem higiene bucal. Aí, hoje eu sofro as consequência. Meus dentes tá caindo tudo [...]”.</p> <p>Entrevistado 06: “[...] Em termos de cuidado bucal, eu acho que quando era criança a gente não tinha muito esse cuidado por conta de que os pais saíam para trabalhar e não tinham aquele tempo pra tá ajudando os filhos. [...] Tinha a higiene, mas não era igual a gente faz hoje. Às vezes ficava até sem higienizar o dia ou até mais de um dia [...]”.</p> <p>Entrevistado 07: “[...] E as mãe da gente era tudo sem ligança, nem importava quase, né? Aí a gente dava uma dor de dente ficava aí ia passando um remedinho pra poder aliviar a dor. [...] Hoje, o povo tá cobrando R\$50,00; R\$ 40,00 num dente pra rancar. Condições é muito, muito fraca. Tem hora que dá mesmo pra gente pagar a água, pagar luz, comprar um alimento dentro de casa. Aí é essas coisa”.</p> <p>Entrevistado 08: “[...] Eu não tenho mais nenhum dente. [...] A minha mãe escovava quando nós era pequeno. Quem escovava os dentes de nós era mãe. Aí quando nós foi crescendo, é nós que escovava. Escovava”.</p> <p>Entrevistado 09: “Quando eu era criança, eu não passava no dentista, porque não existia, esse tempo a gente não sabia o que era dentista, de pouco tempo para cá que eu comecei a frequentar dentista. [...] O pai e a mãe ensinavam a gente a cuidar dos dentes, escovar bem escovado os dentes, a língua”.</p> <p>Entrevistado 10: “Ela (mãe) cuidava, porque minha mãe comprava escova pra nós. Depois fui ficando ‘véia’, os dentes foi ficando ruim, então extraí os dentes tudo [...]”.</p> <p>Entrevistador: Como você cuida dos seus dentes ou prótese (“chapa”) no dia a dia?</p> <p>Entrevistado 01: “Eu escovo de manhã, depois que eu levanto, depois do café eu escovo, escovo meio-dia depois do almoço e de noite, na hora que eu vou dormir [...]”.</p> <p>Entrevistado 02: “[...] Toda vez que eu alimento, eu escovo, tiro a prótese, higienizo ela bem higienizada, escovo ela bem escovadinha, entendeu? Que nem eu escovo os dentes”.</p> <p>Entrevistado 03: “[...] Eu escovo três vezes no dia”.</p> <p>Entrevistado 04: “[...] Escovo meus dentes de manhã cedo, escovo meio dia e escovo de noite. Antes de dormir escovo meus dentes bem escovado. Tem que escovar a língua. [...]”</p> <p>Entrevistado 05: “[...] É só escovando mesmo”.</p> <p>Entrevistado 06: “[...] Durante o dia só às vezes quando eu como alguma coisa que incomoda mesmo, mas as escovações certa mesmo, que eu faço, tento fazer do jeito que eu já aprendi, de manhã e à noite”.</p>

continua

narradas, com destaque para situações de edentulismo (perda dentária) parcial ou total, o que evidencia as extrações dentárias como um pro-

cedimento clínico odontológico predominante no grupo pesquisado. Em que pese este procedimento ser uma opção terapêutica, as narrativas

Quadro 2. Categoria temática cuidados de saúde bucal segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia
Categoria temática	Unidades de Registros
Cuidados de saúde bucal	<p>Entrevistado 07: “Eu escovo cedo, escovo meio dia, depois do almoço, escovo de noite depois que eu vou dormir. Três vezes ao dia”.</p> <p>Entrevistado 08: “[...] Eu acabo de comer, eu escovo. Vou dormir à noite, eu escovo. De manhã cedo eu levanto, eu escovo. É tudo escovado. A minha (prótese) eu cuido bem”.</p> <p>Entrevistado 09: “Eu sempre escovo, uso um ‘bocal’ (colutório), escovo a língua, os dentes e, de vez em quando procuro um médico para fazer uma limpeza, no dentista”.</p> <p>Entrevistado 10: “Eu limpo. Escovo tudo, na língua, embaixo da língua, escovo gengiva, escovo tudo”.</p> <p>Entrevistador: Você já fez uso de algum chá ou remédio caseiro ou “simpatia” para resolver algum problema na boca ou nos dentes? Fale dessa experiência.</p> <p>Entrevistado 01: “[...]tem um matinho, que tem uma florzinha, que a gente tirava aquela florzinha, eu só não lembro do nome. Aí, tirava e colocava aquele pedacinho no buraco do dente, aí adormecia, já cheguei a usar”.</p> <p>Entrevistado 02: “Eu lembro uma vez que eu tive uma forte dor de dente. Indicaram para fazer o chá da folha da batata e bochechar. Eu fiz o chá. Fiz, usei [...]”.</p> <p>Entrevistado 04: “Só quando a gente arrancava, [...] ensinava que folha de batata era boa para bochechar, para não inflamar muito. Só isso. E pedra hume”.</p> <p>Entrevistado 05: “[...] Bochechava com vinagre, sal e alguma folha de mato que a gente tem, algumas raízes, para desinchar, para bochechar, parar a dor. [...] Eu usei a desinchadeira e [...] estava doído, eu fiz uma bochechada. Também uso aquela casca de romã.”</p> <p>Entrevistado 06: “[...] Estava doendo, aí coloquei água com sal, mas não bebi. Só coloquei”.</p> <p>Entrevistado 08: “[...]Eu lavava com casca de mulungu, que é muito bom para poder desinflamar a gengiva, os dente”.</p> <p>Entrevistado 10: “Lembro. Lembro. A gente bochechava o dente, uma coisa assim... uma água de sal, [...]um remédio, uma folha de caju, uma coisa para desinflamar os dentes”.</p>

Fonte: Autores.

associando precárias condições de saúde bucal e exodontias revelam que outras opções terapêuticas poderiam ter sido implementadas em tempo oportuno e contribuído para um melhor quadro de saúde bucal.

Araújo *et al.*¹⁴ identificaram maior chance de perdas dentárias por exodontias entre sujeitos de idade mais avançada em CRQ no semiárido da Bahia, o que pode ser explicado pelo efeito decorrente do acúmulo de agravos bucais não prevenidos e nem tratados em serviços de saúde bucal¹⁴. A maior prevalência de edentulismo se relaciona a situações de discriminação em sujeitos de baixo nível socioeconômico e principalmente entre pretos e pardos em que é possível a ocorrência de situações de privação e de exclusão social, além de maior exposição a fatores estressores e de discriminação institucional, que pode vir a comprometer tanto o acesso quanto a qua-

lidade dos serviços de saúde bucal³². Ademais, o cuidado em saúde bucal independe da presença ou ausência de dentes, pois em situações de edentulismo, além da verificação regular do uso ou necessidade de uso de próteses dentárias, há que se avaliar também tecidos moles para se prevenir doenças em mucosa oral e, sobretudo, lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas³³.

Relação entre saúde bucal e saúde geral

Atrelado ao conceito de saúde observou-se em algumas entrevistas a associação da expressão saúde ao cuidado profissional, ao autocuidado (medidas de higiene) e à realização de exames como elementos centrais para se alcançar ou preservar uma boa saúde geral ou bucal (Quadro 3).

Percebe-se que há uma valorização de consultas e exames diagnósticos com a finalidade de

Quadro 3. Categoria temática relação saúde bucal e saúde geral segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia.
Categoria temática	Unidades de Registros
Relação entre saúde bucal e saúde geral	<p>Entrevistador: Comente o que é ter saúde.</p> <p>Entrevistado 01: “Eu acho assim, a gente precisa cuidar mais, precisa procurar um dentista, um negócio de boca, de dente, traz muito problema para a saúde. Então, eu acho que é bom a gente procurar mais o negócio de dentista, porque é bem melhor hoje em dia para cuidar da saúde”.</p> <p>Entrevistado 02: “A pessoa tem que se cuidar, não é isso? Pra ter saúde, né? Tem que geralmente que tá fazendo os exames que são necessários [...]”.</p> <p>Entrevistado 03: “Cuidar, né? Cuidar do corpo, cuidar da saúde, ir no médico de vez em quando, tomar os remédio certo. Sempre eu preocupo com a minha saúde”.</p> <p>Entrevistado 04: “O que é a gente ter saúde? Eu acho que é seguir sempre as coisa que têm que seguir, as regra... o higiene, as coisa. Eu acho que é assim”.</p> <p>Entrevistado 06: “Ter saúde é a gente cuidar não só da higiene bucal, da higiene da gente, mas é tá adaptando algumas situações na vida da gente pra diminuir algumas coisas que leva a ter algum tipo de doença, tipo alimentação, exercício”.</p> <p>Entrevistado 08: “[...] A gente tem que tomar remédio, tem que fazer exame, tem que fazer tudo”.</p> <p>Entrevistado 09: “Se cuidar bem, na saúde. [...] A pessoa tem que fazer, procurar o médico, procurar um dentista para ter saúde melhor”.</p> <p>Entrevistado 10: “Saúde? É a gente ser... tem que cuidar bem da gente, cuidar da saúde, cuidar bem..., lavar as mão, bem lavada. Escovar... não tem dente, mas a gente escova a boca a mesma coisa [...]”</p> <p>Entrevistador: Você acha que as condições da sua boca e dos seus dentes podem afetar a sua saúde? Comente a sua resposta.</p> <p>Entrevistado 01: “Eu acho que pode, traz muitas coisas, a boca da gente traz muitos problemas de saúde, tem que cuidar. [...] Pode causar até o negócio de câncer, que hoje em dia pode ter, o negócio da boca e pode ter um câncer, pode ter mais outros problemas também”.</p> <p>Entrevistado 02: “Eu acho importante, porque o que comanda... o que comanda mesmo a gente assim na parte... outras partes, né? São a boca, né? Você tem que ter uma higiene bucal sempre ideal, escovar o dente sempre depois da alimentação, se alimentar, você escovar pra poder conservar os dentes, porque geralmente se você não tem uma higiene bucal geralmente você pode pegar uma doença braba na boca. Não é isso? E essas doença, tem certos tipo de doença que é difícil de combater elas, principalmente o câncer, né? Geralmente, a gente vê na estatística muita gente dando problema por causa de não ter higiene bucal, entendeu? Causando câncer de boca. E quando causa câncer mesmo, é difícil combater”.</p> <p>Entrevistado 03: “Afeta, sim. Quer dizer que tá comendo uma coisa, aí a bactéria que tiver ... ela vai e desce. [...] É que tem as bactéria que desce. Umas vai pro pulmão, outras vão pra veia do coração. Os dentista sempre alerta a gente, né?”</p> <p>Entrevistado 04: “Pode (afetar). Ainda mais o tipo assim: o mesmo copo que usar. Até conversando eu acho que afeta. [...] Eu tenho uma ideia, porque tipo assim aqui, quando meus neto tão aqui, meu esposo mesmo assim tem um negócio de pegar e estar comendo, pegar da boca dele e botar na boca da criança. Ou esfriar soprando, porque eu não faço isso”.</p>

continua

se alcançar ou preservar a saúde, ainda que o autocuidado também tenha sido mencionado. De fato, são aspectos importantes, complementares e não excludentes, que também podem dialogar com as práticas tradicionais de saúde da comunidade.

A saúde bucal está relacionada com aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais e constitui um elo importante para o bem-estar e a saúde geral de um sujeito, pois exerce influência em atividades diárias, como a fala, o sorriso, a mastigação, a digestão, a socialização sem dor, descon-

Quadro 3. Categoria temática relação saúde bucal e saúde geral segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia.
Categoria temática	Unidades de Registros
Relação entre saúde bucal e saúde geral	<p>Entrevistado 05: “Afeta. Não sou médico, não tenho tanto estudo, mas tenho certeza de que afeta. [...] Pode. E se a gente não cuidar é perigoso até pegar um câncer na boca, de dente. [...]”</p> <p>Entrevistado 06: “Eu não sei explicar assim, de uma forma geral, mas se você não tem seus cuidados direito com a higiene na boca, você pode ter mal hálito e quando você chegar em um ambiente que você for conversar com alguém mais próximo, você pode acabar tá passando mal hálito e isso incomoda, porque já aconteceu comigo em si e já aconteceu tipo de outra pessoa chegar, ao mesmo tempo, que a gente tá conversando e acontecer essa situação. Então, é o que eu acho”.</p> <p>Entrevistado 07: “Pode trazer muito problema de doença pelo corpo, dor de cabeça. Por pelo corpo. Dor de enxaqueca. E o bucal é mais importante. Traz mais saúde pra pessoa”.</p> <p>Entrevistado 08: Afeta. [...] Pode afetar que eu quando tinha uns dente ruim na boca, eu sentia dor de cabeça. Eu sentia tanta coisa. Depois que eu ranquei... extraiu tudo, melhorou. Não sinto nada disso mais”.</p> <p>Entrevistado 09: “Pode. [...] Não tem problema, vários problemas nos dentes prejudicam a saúde”.</p> <p>Entrevistado 10: “Pode. Eu acho que pode. Com certeza. [...] Pode se estiver com a boca ruim, dá câncer na boca. Tem o câncer de boca. Tem de tudo. E a pessoa tratando da boca, da saúde, não dá essas coisas. [...] Não fumar, não beber. Não fazer isso tudo na vida para ter saúde na boca”.</p>

Fonte: Autores.

forto ou constrangimento e reflete a capacidade de uma pessoa de se adaptar a alterações fisiológicas no percurso da sua vida e de manter, por meio de autocuidado, uma condição saudável em dentes e boca⁸⁻¹⁰. De modo semelhante, essa visão ampliada da saúde bucal foi destacada pelos entrevistados 5 e 6 ao se referirem ao caráter multidimensional da saúde bucal e possíveis impactos sobre a saúde geral de uma pessoa, como a dificuldade de mastigar e a influência que esta pode ter para a ingestão e digestão de alimentos:

[...] A boca da gente é a coisa mais importante. Ter um sorriso bom. Vai se alimentar, se alimenta bem, consegue digerir a comida, mastigar bem mastigado. Sem os dentes, você só tem que lamber e acabar engolindo. E aquela comida acaba nem lhe fazendo bem (Entrevistado 5).

Porque se você tem algum problema, não cuida, tem alguma cárie, vem a ocorrer o dente pegar alguma infecção e acabar tendo outros tipos de dificuldade, se você está com alguma infecção na boca você não pode se alimentar direito, [...], beber um líquido, beber uma água (Entrevista 6).

Quatro entrevistados revelaram preocupação com o câncer bucal e com a repercussão que poderia representar para a saúde geral de uma pessoa e apenas o entrevistado 10 relacionou hábitos de tabagismo e de bebida alcoólica como fatores

de risco ao desenvolvimento de câncer bucal (Quadro 3). A citação ao câncer bucal e a percepção que esta doença que pode gerar repercussões de maior gravidade para a saúde geral de uma pessoa foi um dado interessante que surgiu nas entrevistas. Porém, há que se mencionar a necessidade de ações educativas para a sensibilização quanto aos principais fatores de risco relacionados ao câncer bucal, uma vez que apenas um entrevistado fez menção a alguns destes fatores.

Acessibilidade a serviços de saúde bucal

Travassos e Martins³⁴ defendem que a utilização de serviços de saúde é mediada pela acessibilidade, isto é, por características da oferta que são relacionadas ao uso dos serviços e ao comportamento dos usuários, que por sua vez, é influenciado por aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos.

Quatro entrevistados relataram histórico de cuidados de saúde bucal exclusivamente em serviços públicos, quatro em serviços privados e dois referiram atendimentos tanto em serviços públicos quanto em privados (Quadro 4).

Percebe-se pelos dados de utilização de serviços de saúde, um equilíbrio entre os serviços público e privado relacionados a serviços de saúde

Quadro 4. Categoria acessibilidade a serviços de saúde bucal segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia.
Categoria temática	Unidades de Registros
Acessibilidade a serviços de saúde bucal	<p>Entrevistador: Para quem mora em uma comunidade rural quilombola é mais fácil ou mais difícil conseguir atendimento em serviços de saúde? Comente a sua resposta.</p> <p>Entrevistado 01: “Para mim, eu não acho que é muito fácil não, porque, às vezes, quando a gente precisa, tem tanta burocracia (burocracia) ali para a gente correr atrás. [...] Eu acho que é mais difícil, fica um pouco difícil, porque até a gente conseguir, fica difícil, pelo menos pelo posto, ou mesmo particular, fica difícil, porque negócio de dente, quando a gente parte para poder fazer o tratamento, fica muito caro, aí você sabe que um salário é para a gente manter em casa. Então, não dá para sobrar para poder cuidar da boca”.</p> <p>Entrevistado 02: “Na minha opinião, facilita, porque geralmente quando você mora na zona urbana, o atendimento na zona urbana eu não acho que é igual na zona rural. Entendeu? Porque aqui... aqui toda hora que você precisar aqui, você vai em um posto, você é atendido. Entendeu? E lá na zona urbana, principalmente agora, depois dessa pandemia, pra você poder fazer um exame lá é uma burocracia braba”.</p> <p>Entrevistado 03: “Eu acho que é mais difícil. [...] Porque... sobre os postos de saúde, porque aqui só tem o posto de para lá do [...]. Todo mundo aqui vai para lá. Aqui (na localidade) não tem. Lá (na sede) é difícil”.</p> <p>Entrevistado 04: “Quem mora aqui nos quilombola é mais fácil, porque tem agente de saúde. Qualquer coisa procura”.</p> <p>Entrevistado 05: “Eu acho que é mais fácil. Tenho quase certeza”.</p> <p>Entrevistado 06: “Eu digo assim por eu não tô por dentro, conhecer na zona urbana, eu acredito que a dificuldade aqui no quilombo é só pelo fato mesmo às vezes do financeiro, porque nem sempre os médicos vão tá na localidade, mas eu acredito que tá mais fácil”.</p> <p>Entrevistado 07: “Mais fácil. [...] É que tem as agente de saúde que ajuda a gente. Tem o... Vem avisar a gente. Aí fica mais difícil. Mais fácil”.</p> <p>Entrevistado 08: “É mais fácil. [...] Toda vez que a gente vai mesmo no [...] fazer exame, é bem recebida lá. Graças a Deus. Na cidade também, nos posto também que eu já fui, tudo é bem recebido”.</p> <p>Entrevistado 09: “Com certeza (mais fácil)”.</p> <p>Entrevistado 10: “Eu acho que é difícil. [...] Tem hora que a gente paga para atender a gente, porque pelo SUS leva anos para atender”.</p> <p>Entrevistador: Antes da pandemia de COVID-19, você já fez tratamento nos dentes ou na boca com um dentista no posto de saúde ou no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou com dentista de consultório particular ou de alguma associação ou sindicato? Se sim, fale sobre a sua experiência.</p> <p>Entrevistado 1: “Foi (em posto de saúde). [...] Já, eu já fiz particular [...]”.</p> <p>Entrevistado 2: “Já ouvi falar (do CEO), mas nunca fui. [...] O atendimento do dentista (particular) lá foi muito bom, foi excelente. [...] Isso antes da pandemia”.</p> <p>Entrevistado 3: “Foi (atendimento odontológico) antes (da pandemia). Muito antes (da pandemia). [...]Foi particular. Eu paguei”.</p>

continua

bucal. Silva *et al.*¹⁷ identificaram que 41,3% dos quilombolas participantes de uma pesquisa referiram ter recebido atendimento odontológico em serviços públicos. O estudo de Souza e Flório¹⁶ revelou que a utilização do serviço público de saúde se constituiu como a principal referência

quanto ao serviço de saúde bucal em 57,9% entre quilombolas. A pesquisa de Silva *et al.*²⁷ revelou que 22,7% dos adolescentes quilombolas jamais passaram por uma consulta odontológica na vida em contraste a 10,3% dos adolescentes não quilombolas. Este mesmo estudo apontou que 69%

Quadro 4. Categoria acessibilidade a serviços de saúde bucal segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia.
Categoria temática	Unidades de Registros
Acessibilidade a serviços de saúde bucal	<p>Entrevistado 4: “Só aqui (na localidade rural) [...] e só na época que eu ranquei dente aí pro lado de Anagé [...] que o dentista vinha aqui e a gente rancou o dente, só. [...] Foi dentista (tratamento quando era jovem) que vinha de Conquista. Aí vinha na zona rural e a gente ‘negoçava’ só que esses era pago. A gente pagava”.</p> <p>Entrevistado 5: “Bem antes (da pandemia). [...] Foi em dentista de posto. [...] No posto de saúde. Foi até meu filho que conseguiu marcar pra mim lá na Barra do Choça. [...] Em Conquista nunca arranquei dente. Arranquei aqui mesmo, na roça”.</p> <p>Entrevistado 6: “Já. [...] Foi na dentista da equipe daqui, que faz parte da localidade. Eu fiz tratamento por conta de cáries mesmo que, aí fazendo limpeza”.</p> <p>Entrevistado 7: “Sempre foi aqui no posto de saúde”.</p> <p>Entrevistado 8: “[...] Um postinho ali. [...] Foi aqui mesmo. [...] Eu acho que eu nunca arranquei um dente pra eu pagar, não. Foi tudo por conta da prefeitura”.</p> <p>Entrevistado 9: “Procurei o dentista. [...] Particular”.</p> <p>Entrevistado 10: “[...] Foi no dentista particular, pago. Foi pago. Eu paguei”.</p> <p>Entrevistador: Durante a pandemia de COVID-19, você já fez tratamento nos dentes ou na boca com um dentista no posto de saúde ou no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou com dentista de consultório particular ou de alguma associação ou sindicato? Se sim, fale sobre a sua experiência.</p> <p>Entrevistado 1: “Daí para cá, eu não precisei não. Eu tenho uns problemas na boca, como eu estou falando para você, que ainda tem, que eu estou com essas cáries nesses dentes da frente, mas a gente deixa, não está sentindo dor e nem nada e fica por isso mesmo, não fui não. [...] Até por causa da pandemia tem coisas que a gente está deixando a desejar, não está indo, até por causa da pandemia mesmo, porque a gente já fica com medo de sair”.</p> <p>Entrevistado 2: “Eu passei pelo dentista, inclusive que eu falei, que eu fiz o... o negócio no dente, ... a restauração. [...] Durante a pandemia. [...] Foi no sindicato”.</p> <p>Entrevistado 3: “Não”.</p> <p>Entrevistado 4: “Não”.</p> <p>Entrevistado 5: “Precisar fazer eu preciso, mas não fiz, não, agora na pandemia”.</p> <p>Entrevistado 6: “Não”.</p> <p>Entrevistado 7: “Nunca cheguei a ir não”.</p> <p>Entrevistado 8: “Não fiz, porque, por enquanto, não tem problema nenhum”.</p> <p>Entrevistado 9: “Não precisei não”.</p> <p>Entrevistado 10: “Não passei”.</p>

Fonte: Autores.

dos adolescentes quilombolas relataram a utilização de serviço público na sua última consulta odontológica²⁷.

Ao se questionar os entrevistados da comunidade rural sobre a facilidade ou dificuldade em se obter atendimento em saúde, sete entrevistados identificaram facilidade quanto ao uso de serviços de saúde, sem, contudo, ressaltar a saúde bucal propriamente dita (Quadro 4). Nessa direção, os entrevistados citaram barreiras para acessar os serviços de saúde relacionadas às dimensões geográfica, organizacional e econômica tais como burocracia nos serviços para serem

atendidos, gastos financeiros com deslocamento, tratamento de alto custo e não condizente com a renda familiar, no caso de utilização da rede privada. No caso dos entrevistados que relataram ter acessibilidade aos serviços de saúde atribuíram tal facilidade a fatores como maior possibilidade de realização de exames, presença de agentes comunitários de saúde para o agendamento de consultas, provimento de dentista na unidade de saúde e bom acolhimento e atendimento pelos profissionais de saúde.

Três entrevistados relataram dificuldade na utilização de serviços de saúde (Quadro 4) e o

entrevistado 10 destacou a necessidade de se fazer exame na iniciativa privada para conseguir maior agilidade (Quadro 4). Notou-se um contraste entre a percepção de facilidade quanto à acessibilidade relatada pela maioria dos adultos pesquisados e a condição de saúde bucal autorreferida que, em sua maioria, é marcada pelo histórico de múltiplas perdas dentárias combinado à necessidade de realização ou substituição de próteses dentárias (Quadro 2). O perfil sociodemográfico mais típico destes adultos revelou baixa escolaridade e baixa renda. A baixa escolaridade pode exercer influência no tipo de ocupação e renda, dois preditores fundamentais para avaliar diferenças em saúde a partir da perspectiva étnico-racial e refletir sobre as iniquidades em saúde ainda persistentes^{18,35}.

Referente ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Vitória da Conquista, que fica a 19 Km deste distrito rural, foi constatado que nenhum dos entrevistados relatou experiência de atendimento em tal equipamento público. Em um estudo de caso envolvendo os dois únicos Centros de Especialidades Odontológicas na região de saúde de Vitória da Conquista foi observada a carência quanto à oferta de serviços especializados de saúde bucal, além de dificuldades relacionadas a questões organizativas, que evidenciavam fragilidades na gestão dos serviços e prática burocrática e ritualística incompatíveis com a coordenação e a continuidade do cuidado em saúde bucal³⁶.

Ficou demonstrado que durante a pandemia de COVID-19 apenas uma pessoa entrevistada utilizou um serviço odontológico, de caráter privado, em que pese na maioria das entrevistas ter sido reportada alguma condição passível de tratamento/acompanhamento clínico (Quadro 4). Medo de se consultar com um dentista durante este período de pandemia foi destacado na fala do entrevistado 1 (Quadro 4) e no registro do entrevistado 3:

Eu sou difícil eu ir no dentista, sabe? Mas que é difícil mesmo a gente ir no dentista. Ainda mais agora, com essa pandemia, fica com medo, né? Mas eu tô mesmo precisando. (Entrevistado 3).

Autopercepção de saúde bucal

A autopercepção de saúde bucal é considerada um bom indicador da condição de saúde de um indivíduo, pois abrange aspectos físicos, cognitivos e emocionais e derivam de informações, experiências e conhecimento adquiridos em um dado contexto histórico, cultural e social que sub-

sidiem a capacidade individual e subjetiva de percepção e avaliação da sua própria saúde bucal^{37,38}.

Os entrevistados 4, 5 e 7 relataram uma percepção de insatisfação quanto às condições de saúde bucal, destacando a necessidade de exodontia e utilização de prótese dental como forma de garantir uma adequada mastigação, mas que ainda não realizaram esses procedimentos devido às condições financeiras (Quadro 5).

Os entrevistados destacaram ainda sentirem “fraqueza” devido às dificuldades de mastigação e que ficariam felizes se pudessem se alimentar adequadamente e experimentar alimentos de difícil mastigação. Esses relatos evidenciam que a saúde bucal se relaciona com aspectos da saúde geral⁸⁻¹⁰. Condições de vulnerabilidade social exercem influência sobre o estado nutricional e de saúde, especialmente, naquilo que se refere à segurança alimentar e nutricional e à saúde bucal³⁹.

As próteses dentárias também são citadas por outros entrevistados. O entrevistado 2 se mostrou satisfeito com a condição de seus dentes naturais, mas insatisfeito com a condição de sua prótese parcial e o entrevistado 10 referiu satisfação por conta de ter extraído dentes que estavam em precárias condições, mas ao mesmo tempo reconheceu que a sua saúde bucal poderia ser melhorada com o uso de uma prótese dentária (Quadro 5). A entrevistada 3 relatou uma percepção de satisfação com a sua saúde bucal mesmo referindo impossibilidade de utilização da sua prótese devido à má adaptação da mesma e de um dente em situação de saúde bastante comprometida (Quadro 5).

Nos relatos de sete entrevistados, foi feita referência ao uso ou à necessidade de uso de prótese dentária e ao modo de lidar com a perda dentária (edentulismo), seja parcial ou total. Miranda *et al.*¹³ identificaram um percentual de 52% de edentulismo e uma necessidade de uso de próteses dentárias de 88% entre idosos de uma CRQ. Bidinotto *et al.*⁴⁰ identificaram uma associação entre insatisfação com a aparência bucal e com a capacidade mastigatória e pior autopercepção em relação à saúde bucal. Lira Júnior *et al.*⁴¹ constataram que a maioria de idosos com autopercepção de saúde bucal negativa foi associada à necessidade de uso de próteses dentárias.

Alguns entrevistados relataram uma percepção de satisfação quanto à própria saúde bucal sem apresentar necessidades clínicas visíveis que pudessem ocasionar algum tipo de desconforto, como nos relatos dos entrevistados 6 e 9 (Quadro 5). Perguntada sobre a percepção sobre a sua

Quadro 5. Categoria autopercepção de saúde bucal segundo dados empíricos das entrevistas.

Tema	Itinerários terapêuticos em saúde bucal de adultos quilombolas de um distrito rural de Vitória da Conquista, Bahia.
Categoria temática	Unidades de Registros
Autopercepção de saúde bucal	<p>Entrevistador: Fale como você se sente com a situação de seus dentes presentes na boca ou de sua prótese ou da falta de dentes em sua boca.</p> <p>Entrevistado 01: “O que eu tinha vontade, de cuidar dos dentes meus aqui da frente. Eu tinha vontade mesmo, só que fica difícil, ainda principalmente igual a gente tem falado que, depois da pandemia ficou mais difícil. Eu tenho vontade, mesmo na idade, mas eu queria arrumar, eu tenho vontade de cuidar desses dentes da frente. [...] Eu sinto. Agora, o que eu queria era cuidar desses aqui. Eu não sinto satisfeita não”.</p> <p>Entrevistado 02: “Eu tô meio insatisfeito com ela (prótese), porque, que nem eu tô falando com a minha esposa, já tem muito tempo que eu uso essa prótese. Tô insatisfeito, porque ela (prótese) já começou a incomodar o dente. [...] Com a aparência dos meus dentes eu me sinto satisfeito. A não ser, que nem eu tô te falando, a restauração que tá me incomodando. Somente esse”.</p> <p>Entrevistado 03: “Tô (satisfeita com a minha prótese). [...] Eu só preciso tirar esse que tá ‘atrapaiando’ aqui. É porque tem o toco do dente aqui na ‘gengiba’, aí ela (prótese) não consegue encaixar, sabe? Aí quando eu vou mastigar, começa a doer. [...] Tô satisfeita (com os meus dentes)”.</p> <p>Entrevistado 04: “Não me sinto satisfeita, não. [...] Eu acho que precisava de ‘rancar’, porque eu acho que eles nenhum tem jeito mais. Precisava de ‘rancar’ e eu colocar uma chapa, mas ... eu não tenho condições”.</p> <p>Entrevistado 05: “Não sinto satisfeito, não. [...] Eu precisava rancar meus dente e colocar uma chapa. Aí eu ia ficar o homem mais feliz do mundo. [...] Eu sinto, porque tem dia que eu vou alimentar, não me alimento direito e sempre acabo ficando fraco, enfraquecendo. [...] Fico sem conforto. Não tem nem como ficar satisfeito”.</p> <p>Entrevistado 06: “Me sinto bem. Acho que já tá na hora de mexer de novo, porque tem alguns tratamentos que eu fiz, que ela colocou alguns ‘tampão’, algumas coisas e eu acho que tá na hora de dar uma reforçada, mas eu me sinto bem. Não tenho do que reclamar”.</p> <p>Entrevistado 07: “Tem às vezes que incomoda, né? Que tem uma coisa ali que a gente fica doído pra alimentar, não pode. Assim experimentar as coisas assim mais difícil que pode, né? Aí tem vez que a gente acha... fica tendo dificuldade. Mas a gente dá um jeito. [...] Eu queria ... se eu pudesse fazer... eu queria fazer uma ‘ponté’. Só de cima. Que em baixo, não. Em baixo é bom. Eu ranquei mais foram os de cima. Mas condições não dá pra gente fazer. Que é muita coisa pra gente pagar e marido parado em casa sem trabalho. Eu não trabalho, os filho ainda não trabalha. Depende (os filhos) tudo de nós, ainda”.</p> <p>Entrevistado 08: “Eu fico, meu filho. Já acostumei com meus dente. [...] Tô (satisfeita), graças a Deus”.</p> <p>Entrevistado 09: “Satisfeito”.</p> <p>Entrevistado 10: “Eu estou. Estou com a minha boca livre, porque antes ficava com a boca ruim, com os dentes ruins, não podia fazer nada. Um dia eu vou botar uma chapa na boca, mas eu não queria nem botar a chapa mais, porque já estou velha”.</p>

Fonte: Autores.

saúde bucal a entrevistada 1 relatou insatisfação com os seus dentes anteriores e dificuldade de realização do tratamento agravada pelo contexto da pandemia (Quadro 5).

A percepção do edentulismo e da utilização de próteses dentárias se revelaram algo comum na maior parte dos relatos. A extração dentária

ora foi descrita com um sentimento de lamentação, ora como uma estratégia, combinada ao uso de próteses, para o alcance da saúde bucal. Souza *et al.*¹⁵ identificaram que todas as idosas quilombolas entrevistadas eram parciais ou totalmente edêntulas e que a maioria relacionou a perda dentária ao envelhecimento natural das pessoas.

Considerações finais

Houve relatos contextualizando a relação entre a saúde bucal e a saúde geral de um indivíduo. Além da cárie dentária, o câncer bucal teve um registro importante dentre os agravos bucais citados. Alguns entrevistados fizeram associação da saúde ao cuidado profissional, ao autocuidado (medidas de higiene) e à realização de exames como fundamentais para o alcance ou a preservação de uma boa saúde geral ou bucal. Este estudo também revelou estratégias terapêuticas populares. Os resultados sinalizaram ausência e/ou deficiência na higiene oral em alguma fase da vida, sobretudo na infância e adolescência. Conforme relatos, a utilização de serviços de saúde ocorreu, em sua maioria, no período anterior à pandemia de COVID-19 e as exodontias foram os procedimentos mais realizados. Os entrevistados da comunidade rural divergiram quanto à percepção de facilidade quanto ao acesso a serviços de saúde.

Percebe-se pelos itinerários terapêuticos dos adultos pesquisados o enorme desafio em se promover saúde bucal em todas as fases da vida de forma articulada com ações de inclusão social, como saneamento básico, educação, políticas de promoção de emprego e renda, dentre outras, a fim de superar iniquidades sociais, especialmente vivenciadas por comunidades rurais de remanescentes de quilombos e, também, presente nesta comunidade rural pesquisada.

É necessário avançar em estratégias de inclusão social, como forma de se garantir uma proteção especial a populações afrodescendentes tradicionais e, dessa forma, se promover uma reparação histórica frente à opressão a que brasileiros negros foram submetidos, uma vez que a negação de direitos e da identidade cultural e histórica desses povos é resultante de discriminação histórica e desigualdade estrutural^{6,42,43}.

Este estudo, baseado em narrativas sobre experiências de cuidados em saúde bucal, aprofunda o olhar sobre a experiência dos entrevistados. Situações de saúde consideradas relevantes a partir de um olhar técnico, podem não ser lembradas ou valorizadas na perspectiva do usuário de saúde. Isso pode ser considerado um limitador deste tipo de estudo. No entanto, a ausência de padronização permite ao interlocutor escolher o curso da sua narrativa e o pesquisador pode, então, reconhecer a intencionalidade do discurso. O silenciamento pode ocultar violências estruturais e desigualdades históricas. A escuta qualificada além de sensibilizar equipes de saúde da família e gestores de saúde, dá ao pesquisador a oportunidade de avaliar os resultados de seu trabalho cotidiano, compreender as conexões entre os diferentes níveis de complexidade do sistema único de saúde, os entraves no acesso aos serviços de saúde e, por fim, obter uma compreensão da cosmopolítica, que integra o serviço de saúde e o território. A compreensão sobre a natureza das barreiras no acesso à saúde implica o reconhecimento do outro nos diferentes níveis de sua existência.

Colaboradores

RA Souto e R Souza participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual e redação final do manuscrito. JS Nery, EKP Silva e LL Pereira participaram da redação e revisão do conteúdo intelectual e redação final do manuscrito.

Link SciELO Data: <https://data.scielo.org/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.48331/scielodata.GH6SME>.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Leite IB. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica* 2000; 4(2):333-354.
3. O'Dwyer EC. Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2002.
4. Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). *Situação de Direitos Humanos no Brasil*. Washington, D.C.: CIDH; 2021.
5. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. *Diário Oficial da União*; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3ª ed. Brasília: MS; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. *Diário Oficial da União*; 2013.
8. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394(10194):249-260.
9. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc* 2016; 147(12):915-917.
10. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(Supl. 1):3-23.
11. Oliveira VM, Lira CBC, Oliveira EB, Costa ERG, Gomes MRF, Crispin JCO, Dantas DS, Souza MOF. Saúde da mulher quilombola no Brasil: Uma revisão de literatura. *Braz J Develop* 2021; 7(10):100848-100866.
12. Dias JG, Pereira BL, Ribeiro PC, Monteiro LRL. Flúor na água de abastecimento público em uma comunidade remanescente quilombola. *J Bus Techn* 2020; 13(1):57-69.
13. Miranda LP, Oliveira TL, Queiroz PSF, Oliveira PSD, Fagundes LS, Rodrigues Neto JF. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(2):e200146.
14. Araújo RLMS, Araújo EM, Miranda SS, Chaves JNT, Araújo JA. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido baiano, em 2016. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2018428.
15. Souza MFNS, Sandes LFF, Araújo AMB, Freitas DA. Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-10.
16. Souza MCA, Flório FM. Evaluation of the history of caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil. *Braz J Oral Sci* 2014; 13(3):175-181.
17. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondonia-Brasil. São José dos Campos-SP. *Braz Dent Sci* 2011; 14(1-2):62-66.

18. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saude Soc* 2014; 23(3):1049-1063.
19. Gerhardt TE, Riquinho DL. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas. In: Trad LAB, Jorge MSB, Pinheiro R, Mota CS, Rocha AARM, organizadores. *Contextos, Parcerias e Itinerários na Produção do Cuidado Integral: Diversidade e Interseções*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2015. p. 233-252.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Minayo MCS. *Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies*. *Rev Pesqui Qual* 2017; 5(7):1-12.
22. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):389-394.
23. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2016.
24. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* 2011; 13(5):937-943.
25. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, Kochergin CN, Souza CL, Moura CS, Soares DA, Santos LRCS, Cardoso LGV, Oliveira MV, Martins PC, Neves OSC, Guimarães MDC. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COM-QUISTA): Aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien Saude Colet* 2014; 19(6):1835-1847.
26. Jamieson LM. Racism and oral health inequities; An introduction. *Community Dent Health* 2021; 38(2):131.
27. Silva EKP, Santos PS, Chequer TPR, Melo CMA, Santana KC, Amorim MM, Medeiros DS. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Cien Saude Colet* 2018; 23(9):2963-2978.
28. Fernandes SL, Santos AO. Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicol Cien Prof* 2019; 39 (n. esp.):e222592.
29. Gomes MS, Mendonça AKP, Cordeiro TO, Barbosa MM. Uso De Plantas Medicinais Na Odontologia: Uma Revisão Integrativa. *Rev Cien Saude Nov Esper* 2020; 18(2):118-126.
30. Monteiro MH, Fraga S. Fitoterapia na Odontologia: Levantamento dos Principais Produtos de Origem Vegetal para Saúde Bucal. *Rev Fitos* 2015; 9(4):265-268.
31. Arruti JM. Políticas públicas para quilombos: Terra, saúde e educação. In: Paula M, Heringer R, organizadores. *Caminhos convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll; 2009. p. 75-110.
32. Gonçalves LG. *Associação entre perda dentária e desigualdades relacionadas à cor da pele em adultos: resultados do estudo pró-saúde* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
33. Maia LC, Costa SM, Martelli DRB, Caldeira AP. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Rev Bioetica* 2020; 28(1):173-181.
34. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
35. Williams DR, Jackson PB. Social sources of racial disparities in health. *Health Aff* 2005; 24(2):325-334.
36. Chequer TPR. *Organização dos Centros de Especialidades Odontológicas e sua interface com a Atenção Primária à Saúde, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia* [dissertação]. Vitória da Conquista: Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia; 2019.
37. Kreve S, D'Ávila GC, Santos LO, Cândido dos Reis A. Autopercepção da saúde bucal de idosos. *Clin Lab Res Dent* 2020; 1-9.
38. Peres Neto J, Souza MF, Barbosa AMC, Loschivo LM, Barbieri W, Palacio DC, Miraglia JL. Autopercepção de saúde bucal como indicador de necessidade de tratamento odontológico no Estado de São Paulo, Brasil. *J Heal Biol Sci* 2021; 9(1):1-6.
39. Braga KP, Dias JG, Oliveira SF, Melo ADS, Paiva SG, Ribeiro PCC. Segurança alimentar e saúde bucal: estudos interdisciplinares sobre limitações para garantia da saúde em uma comunidade quilombola do norte do Tocantins. *Amaz Rev Antropol* 2020; 12(1):165.
40. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MG, Bairros FS, Hilgert JB. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(1):91-101.
41. Lira Júnior C, Soares RSC, Menezes TN. Autopercepção de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômicos-demográficos e condição de saúde bucal de idosos quilombolas. *Res Soc Develop* 2019; 10(10):e116101018462.
42. Chiavegatto Filho ADP, Beltrañ-Sánchez H, Kawachi I. Racial disparities in life expectancy in Brazil: Challenges from a multiracial society. *Am J Public Health* 2014; 104(11):2156-2162.
43. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: Racial inequities in healthcare access across three brazilian surveys. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3981-3990.

Artigo apresentado em 11/04/2023

Aprovado em 13/06/2023

Versão final apresentada em 15/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva