

Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório

Oral health self-perception in quilombola communities in Rio Grande do Sul: a cross-sectional exploratory study

Augusto Bacelo Bidinotto^I, Otávio Pereira D'Ávila^{II}, Aline Blaya Martins^{III}, Fernando Neves Hugo^{IV}, Marilda Borges Neutzling^I, Fernanda de Souza Bairros^I, Juliana Balbinot Hilgert^I

RESUMO: *Objetivo:* Há escassez de literatura sobre a saúde bucal dos quilombolas. O presente estudo procurou descrever a autopercepção de saúde bucal, bem como verificar fatores a ela associados em comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Sul. *Métodos:* Os dados para este estudo transversal foram coletados por meio da aplicação de um questionário. Posto que o estudo fez parte de um levantamento sobre segurança alimentar, a amostra probabilística por conglomerado foi estimada para o desfecho de insegurança alimentar, consistindo de 583 indivíduos de comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul. A associação entre o desfecho de autopercepção de saúde bucal negativa e variáveis sociodemográficas, de saúde geral e bucal foi aferida por intermédio de razões de prevalência obtidas por meio de regressão de Poisson com variância robusta, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). *Resultados:* Autopercepção negativa de saúde bucal foi reportada por 313 (53,1%) indivíduos. Satisfação com mastigação e com aparência bucal esteve relacionada com maior prevalência de percepção negativa de saúde bucal, não havendo associação entre o número de dentes e o desfecho. Uso de álcool teve uma associação fraca com o desfecho. *Conclusão:* Satisfação com aparência e mastigação é fator associado com autopercepção de saúde bucal dos quilombolas no Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Comunidades vulneráveis. Grupo com ancestrais do continente africano. Autoavaliação. Saúde bucal. População rural. Origem étnica e saúde.

^IPrograma de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{II}Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{III}Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{IV}Centro de Pesquisa em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Juliana Balbinot Hilgert. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Santa Cecília, CEP: 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: jhilgert@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** A coleta de dados foi financiada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome e Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico, pelo Edital MC/CNPq/MDS/SAGI nº 36/2010 – Estudos e Avaliação das Ações do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

ABSTRACT: *Objective:* There's a shortage of evidence on the oral health of *quilombolas*. This study aims to describe oral health self-perception, as well as to verify its associated factors in *quilombola* communities in the state of Rio Grande do Sul. *Methods:* The data for this cross-sectional health survey were collected by application of a questionnaire. Since this study was part of a survey on nutritional security, the probabilistic cluster sample was estimated for the outcome of nutritional insecurity, comprising 583 individuals across *quilombola* communities in Rio Grande do Sul. The association between the outcome of negative oral health self-perception and sociodemographic, general health, and oral health variables was measured by prevalence ratios obtained through Poisson regressions with robust variance and 95% confidence intervals. *Results:* Negative self-rated oral health was reported by 313 (53.1%) of the individuals. Satisfaction with chewing ability and satisfaction with oral appearance were associated with a higher prevalence of negative perception of oral health, while there was no association between the outcome and number of teeth. Use of alcohol had a borderline association with the outcome. *Conclusion:* Satisfaction with appearance and chewing ability are factors associated with oral-health self-perception of the *quilombolas* in Rio Grande do Sul. *Keywords:* Vulnerable groups. African continental ancestry group. Self-assessment. Oral health. Rural population. Ethnicity and health.

INTRODUÇÃO

A população quilombola tem sua identidade definida por raízes históricas¹, ligadas às comunidades organizadas para resistência contra o regime escravocrata, ao longo dos séculos XVIII e XIX. Devido à sua natureza intimamente relacionada às grandes propriedades rurais, as colônias de escravos fugidos se situavam sempre em regiões rurais afastadas. Após a abolição da escravatura, essas comunidades preservaram seu caráter de resistência; a partir daquele momento, contra uma sociedade incapaz de incorporar os ex-escravos. Durante todo o século XX, o movimento quilombola se solidificou, e seu fortalecimento culminou na regulamentação das comunidades quilombolas em 2003, e na sua caracterização como povo ou comunidade tradicional, conforme decretado no ano de 2007².

Essas comunidades, por sua natureza, compartilham aspectos de vulnerabilidade com as populações estabelecidas em zonas rurais e com a população negra do Brasil. As populações rurais brasileiras encontram-se em situação de fragilidade, tendo (em comparação aos habitantes de zonas urbanas) menor acesso a serviços de saúde³, maior incidência de algumas doenças de caráter infeccioso⁴, maior risco de agravos à saúde bucal⁵, além de pior autopercepção de saúde, tanto geral quanto bucal⁶. Ter a pele preta tem relação com indicadores de mortalidade infantil notavelmente mais altos⁷ que os da população branca, além de também estar associado com uma menor expectativa de vida⁸.

A autopercepção de saúde é um indicador com aceitável validade em saúde pública, dada a sua relação com indicadores de mortalidade⁹, morbidade e uso de serviço¹⁰, além de ter seu uso progressivamente disseminado. No que se refere à saúde bucal, além de ter forte relação com o modo como o indivíduo percebe sua saúde como um todo, é influenciada pelas crenças, pelo perfil sociodemográfico¹¹ e pelo histórico de doença bucal do sujeito¹².

Essa percepção é afetada de maneira distinta por diversas situações e agravos bucais, como número de dentes, uso/ tipo de prótese e dificuldades de mastigação, sendo que essas relações se manifestam de maneira diferente entre os edêntulos e aqueles com dentes remanescentes¹³.

Estudos realizados em comunidades quilombolas mostram subutilização de serviços de saúde e dificuldade de acesso, com apenas 57,1% da população utilizando serviços de saúde¹⁴, menor frequência de uso de medicamentos (41,9%, em comparação a uma frequência de 49% na população brasileira)¹⁵ e condições ambientais e sanitárias deficientes¹⁶. Quanto à saúde bucal, há uma escassez de evidência a respeito de sua situação. Os estudos existentes relatam dificuldades de acesso à atenção odontológica (com 37,9% dos indivíduos nunca tendo consultado um cirurgião-dentista) e necessidades de tratamento reabilitador, com números similares aos da população brasileira na década de 1980¹⁷. Adicionalmente, há indicação de pouco conhecimento sobre saúde bucal em comunidades similares¹⁸. Não há estudos sobre saúde bucal realizados em populações quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul. Tendo em vista essa lacuna, o presente estudo teve por objetivo descrever a autopercepção de saúde bucal, bem como verificar fatores a ela associados em comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de famílias quilombolas no Rio Grande do Sul, resultante de um levantamento sobre insegurança alimentar em comunidades quilombolas. A população investigada se constitui de famílias localizadas em 22 comunidades quilombolas, situadas em perímetro rural e urbano, nas regiões sul e central do Estado e na Região Metropolitana de Porto Alegre. A amostra foi estimada levando-se em consideração a prevalência de insegurança alimentar moderada e grave na população negra no Rio Grande do Sul, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)¹⁹.

Para o cálculo amostral estabeleceu-se frequência esperada de 10%, erro aceitável de 3 pontos percentuais, efeito de delineamento de 1,5, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e poder estatístico de 80%, totalizando 576 famílias. Embora a amostra tenha sido calculada para uma prevalência esperada de 10%, quando o cálculo é realizado para a prevalência de autopercepção negativa de saúde bucal, com erro estimado de 5% e efeito de delineamento de 1,5, resulta em um tamanho amostral de 576 famílias. Portanto, ela se mantém representativa para o desfecho utilizado no presente estudo. Por fim, acrescentou-se 10% para eventuais perdas e recusas. Dessa forma, a amostra calculada foi de 634 famílias. O processo de amostragem deu-se em dois estágios. Primeiro, para seleção dos quilombos, utilizou-se amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho. O número de famílias em cada quilombo do Rio Grande do Sul difere entre 4 e 275; nesse sentido, atribui-se um peso (ou probabilidade) a cada quilombo proporcional ao número de famílias. No segundo estágio, também utilizou-se amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho para cálculo do número de famílias a serem entrevistadas em cada comunidade quilombola. Posteriormente, com posse da lista de todas as famílias residentes em

cada comunidade, realizou-se uma amostragem aleatória, conforme o cálculo estabelecido anteriormente, para seleção das famílias, sendo que foram elegíveis para o estudo apenas os responsáveis por domicílio.

O levantamento de dados para o estudo original sobre insegurança alimentar ocorreu entre os meses de maio e outubro de 2011 por meio de entrevistas domiciliares diretas com um membro responsável pela família, utilizando-se instrumentos padronizados, pré-codificados e testados em estudo piloto. O questionário com 120 perguntas foi construído especialmente para a população-alvo, agregando-se também questões de outros estudos prévios. O estudo piloto para testagem do instrumento, logística e organização do trabalho de campo foi realizado em uma comunidade quilombola não incluída na amostra. A equipe de pesquisa selecionada foi composta por 11 entrevistadores, 2 supervisores de campo e 2 coordenadores. Todos receberam treinamento prévio com duração de 40 horas, no qual foram abordadas técnicas de entrevista e aplicação do questionário.

Para a realização do estudo, foram utilizadas variáveis sociodemográficas sobre saúde geral e saúde bucal obtidas do levantamento original. Todos os dados coletados se referem ao membro responsável pela família. No grupo de variáveis sociodemográficas, foram utilizados: sexo e zona de residência (rural ou urbana), idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, recebimento de programa bolsa família (sim ou não) e cor da pele. A variável idade foi categorizada por pontos de corte de 10 anos, a partir dos 30 anos de idade, resultando nas seguintes categorias: “menos de 30 anos”; “31 a 40”; “41 a 50”; “51 a 60”; e “60 anos ou mais”. Estado civil foi categorizado de maneira dicotômica como “casado/em união estável” ou “solteiro/viúvo/divorciado”. A variável nível de escolaridade foi trabalhada como: “nunca estudou”; “ensino fundamental incompleto”; e “ensino fundamental completo”. A renda foi calculada por unidade familiar, e categorizada como: “até 1 salário mínimo”; “entre 1 e 2 salários mínimos”; e “mais que 2 salários mínimos” – em função da distribuição amostral, sendo seu valor quando da coleta R\$ 545,00 (em torno de US\$ 320,00, também no momento da coleta). Para cor de pele foram utilizados os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo que a variável foi coletada de maneira estimulada, isto é, as alternativas eram lidas para o participante, que deveria escolher qual delas se encaixava com a sua percepção da própria cor de pele. Os resultados foram categorizados em “preto”, para os participantes que reportaram ter pele preta, e “não preto”, para os participantes que reportaram ser brancos, amarelos, pardos e indígenas.

As variáveis de saúde geral foram autorreportadas. Foi questionada a presença de: *diabetes mellitus* (sim ou não); depressão (sim ou não); hábitos de uso de álcool no último ano (sim ou não); e uso de tabaco. Para tabagismo, cada participante foi classificado como “fumante”, “ex-fumante” ou “nunca fumante”.

Quanto à saúde bucal, foram analisados o número de dentes presentes em boca, o uso de prótese odontológica, a satisfação com mastigação e a satisfação com estética bucal. O número de dentes em boca foi autorreportado pelos entrevistados, e discriminado nas categorias: “edêntulo”, correspondendo a 0 dente em boca; “1 a 19 dentes em boca”; e “mais de 20 dentes em boca”. Uso de prótese odontológica foi categorizado como uso autorreportado de qualquer tipo de prótese, em qualquer uma das arcadas. Satisfação com mastigação

e com a estética bucal, mensurada por meio das perguntas: “O quanto satisfeito você está com sua mastigação?”; e “O quanto satisfeito você está com a aparência de seus dentes e /ou próteses dentárias?”. Respectivamente, as respostas estavam estruturadas originalmente como uma escala Likert (de “muito insatisfeito” até “muito satisfeito”); elas foram recodificadas nas categorias “insatisfeito”, “indiferente” e “satisfeito”. O desfecho autopercepção de saúde bucal foi aferido por intermédio da pergunta “Como você avalia a saúde de sua boca e de seus dentes?”, dicotomizado em “positiva” (incluindo autopercepção excelente e boa) e “negativa” (autopercepção regular e ruim).

Estatísticas descritivas foram sumarizadas por meio de média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas. Foram elaboradas tabelas de contingência para análise preliminar das distribuições. Foi realizada análise multivariada por meio da regressão de Poisson com variância robusta, sendo que $p < 0,20$ foi utilizado como ponto de corte para progressão para modelo multivariado. Nesse modelo final ajustado, a significância estatística foi definida como $p < 0,05$. Não foi necessário realizar ajuste para efeito de delineamento por meio de pesos amostrais, posto que a estratégia para comportá-lo foi o aumento do ‘n’ amostral na fase de cálculo do tamanho da amostra.

As análises estatísticas foram realizadas através dos *softwares* SPSS for Windows, v.18 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e R 3.3.0 (R Core Team, Viena, Áustria).

O estudo foi aprovado, sob protocolo 20041, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito foi obtido de todos os participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras específicas para comunidades tradicionais presentes na Resolução CNS 196/96 (resolução vigente no momento em que a coleta de dados foi realizada), item IV.3, a qual preconiza anuência antecipada das comunidades por meio de seus próprios líderes. Os trabalhos se iniciaram somente após apresentação da pesquisa e anuência das lideranças de cada comunidade quilombola.

RESULTADOS

A amostra estudada foi constituída de 583 indivíduos, após 7% de perdas e recusas, com média de idade de 45,04 (DP \pm 16,97) anos, sendo 379 (65,0%) mulheres. A média de anos de estudo foi de 4,70 (DP \pm 3,94), e os rendimentos médios por domicílio foram de R\$ 778,37 (DP \pm 649,22). Quanto à autopercepção de saúde bucal, 313 a perceberam como negativa, resultando em uma proporção de 53,7% (IC95% 53,4 – 54,0), ao passo que 270 a perceberam como positiva, com proporção de 46,3% (IC95% 45,9 – 46,7). Estatísticas descritivas das variáveis em estudo são mostradas na Tabela 1, estando estratificadas em autopercepção de saúde bucal “positiva” e “negativa”.

Na análise bruta das distribuições, conforme Tabela 2, percebe-se significância estatística para a relação entre uso de álcool no último ano e maior prevalência de autopercepção negativa de saúde bucal ($p = 0,03$), cenário que se repete para satisfação com mastigação ($p < 0,01$), número de dentes presentes ($p = 0,03$) e satisfação com aparência bucal ($p < 0,001$).

Tabela 1. Distribuição das variáveis, de acordo com autopercepção de saúde bucal.

	Autopercepção negativa	
	% (IC95%)	Valor p
Zona de residência [n = 583]		
Urbano	55,2 (45,2 – 64,8)	0,75
Rural	53,3 (48,8 – 57,9)	
Sexo [n = 583]		
Feminino	55,4 (50,2 – 60,5)	0,26
Masculino	50,5 (43,4 – 57,5)	
Idade (em anos) [n = 582]		
Menos de 30	52,7 (43,8 – 61,4)	0,65
31 a 40	55,9 (46,8 – 64,6)	
41 a 50	57,9 (49,0 – 66,3)	
51 a 60	49,4 (38,3 – 60,5)	
Mais de 60	50,0 (40,7 – 59,3)	
Escolaridade [n = 581]		
Nunca estudou	51,4 (39,4 – 63,2)	0,71
Fundamental incompleto	54,7 (49,6 – 59,7)	
Fundamental completo	50,9 (41,4 – 60,2)	
Renda familiar (salários mínimos) [n = 583]		
Até 1	56,0 (49,8 – 62,0)	0,45
Entre 1 e 2	53,3 (46,1 – 60,4)	
Mais de 2	49,2 (40,0 – 58,4)	
Bolsa família [n = 572]		
Não	52,8 (47,3 – 58,3)	0,73
Sim	54,4 (47,9 – 60,9)	
Cor da pele [n = 583]		
Preta	54,4 (49,2 – 59,4)	0,66
Não preta	52,5 (45,4 – 59,4)	
Estado civil [n = 583]		
Casado/união estável	52,7 (46,6 – 57,5)	0,40
Solteiro/viúvo/divorciado	55,9 (49,4 – 62,2)	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

	Autopercepção negativa	
	% (IC95%)	Valor p
Tabagismo [n = 583]		
Nunca fumou	52,1 (45,9 – 58,2)	0,76
Ex-fumante	55,6 (47,1 – 63,8)	
Fumante	54,6 (46,9 – 62,1)	
Uso de álcool no último ano [n = 583]		
Não	49,1 (43,2 – 55,1)	0,03
Sim	58,1 (52,2 – 63,7)	
<i>Diabetes mellitus</i>		
Não	53,5 (49,1 – 57,8)	0,89
Sim	54,7 (40,6 – 68,2)	
Depressão [n = 580]		
Não	53,7 (49,2 – 58,2)	1,00
Sim	53,1 (42,7 – 63,3)	
Satisfação com mastigação [n = 582]		
Satisfeito	31,2 (26,3 – 36,4)	< 0,001
Indiferente	86,4 (76,6 – 92,7)	
Insatisfeito	83,5 (76,8 – 88,7)	
Número de dentes [n = 576]		
Edêntulo	38,2 (25,7 – 52,3)	0,03
1 a 19 dentes	59,2 (50,3 – 67,7)	
Mais de 20 dentes	54,0 (48,9 – 59,0)	
Uso de prótese odontológica [n = 547]		
Não	56,6 (51,3 – 61,8)	0,06
Sim	47,9 (40,7 – 55,2)	
Satisfação com aparência bucal [n = 578]		
Satisfeito	23,4 (18,5 – 29,1)	< 0,001
Indiferente	68,6 (57,6 – 77,9)	
Insatisfeito	83,7 (78,1 – 88,1)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Razão de prevalência bruta e ajustada, para o desfecho autopercção de saúde bucal negativa.

	RP Bruta (IC95%)	Valor p	RP Ajustada (IC95%)	Valor p
Uso de álcool no último ano (referência não)				
Sim	1,06 (1,01 – 1,12)	0,03	1,06 (1,01 – 1,11)	0,01
Satisfação com mastigação (referência satisfeito)				
Insatisfeito	1,40 (1,33 – 1,47)	< 0,001	1,23 (1,16 – 1,35)	< 0,001
Indiferente	1,42 (1,34 – 1,50)	< 0,001	1,25 (1,17 – 1,34)	< 0,001
Número de dentes em boca (referência edêntulo)				
1 a 19	1,15 (1,03 – 1,28)	0,01	1,02 (0,92 – 1,14)	0,76
20 ou mais	1,11 (1,01 – 1,23)	0,03	1,01 (0,92 – 1,14)	0,85
Uso de prótese (referência sim)				
Não	1,06 (1,00 – 1,12)	0,05	0,99 (0,94-1,04)	0,66
Satisfação com aparência bucal (referência satisfeito)				
Insatisfeito	1,49 (1,42 – 1,56)	< 0,001	1,31 (1,23 – 1,40)	< 0,001
Indiferente	1,37 (1,27 – 1,47)	< 0,001	1,26 (1,16 – 1,36)	< 0,001

*Foram incluídas no modelo final apenas as variáveis que atingiram $p < 0,20$ em análise univariada.

Na análise multivariada, satisfação com mastigação teve sua relação com o desfecho atenuada após ajuste tanto para a categoria “indiferente”, $RP = 1,25$ (IC95% 1,17 – 1,34) quanto para “insatisfeito”, $RP = 1,23$ (IC95% 1,16 – 1,35), com relação à referência satisfeito. A relação entre satisfação com aparência bucal e autopercção de saúde bucal foi a mais forte, após aplicação do modelo ajustado, para as categorias “indiferente”, $RP = 1,26$ (IC95% 1,16 – 1,36), e “insatisfeito”, $RP = 1,31$ (IC95% 1,16 – 1,36), sendo a referência à categoria “satisfeito”. Ter usado álcool no último ano permaneceu tendo relação estatisticamente significativa com autopercção de saúde bucal, $RP = 1,06$ (IC95% 1,01 – 1,11), em comparação ao não uso.

No modelo final multivariado, idade não obteve significância estatística, caso também das variáveis: estado civil, uso de prótese e número de dentes em boca.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a insatisfação com aparência bucal e com a performance mastigatória está associada com uma pior autopercção de saúde bucal em quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul. Por outro lado, o número de dentes não esteve associado à

mudança na percepção de saúde bucal. Destaca-se a amostra representativa no âmbito estadual como característica única deste estudo com relação à literatura publicada.

Perda dental autorrelatada esteve relacionada com autopercepção negativa de saúde bucal na análise univariada, em concordância com outros estudos que dispuseram de exame clínico envolvendo populações idosas¹³, além de população adulta do Brasil²⁰. Após análise multivariada, o número de dentes não teve relação significativa com o desfecho, também havendo correlatos com resultados de estudos clínicos envolvendo idosos brasileiros²¹ e, mais especificamente, gaúchos²². A ausência de associação pode ser explicada pela ausência de dados sobre a localização desses dentes na arcada, posto que a presença de pares oclusais funcionais é importante na construção da autopercepção de saúde bucal²³, ou ainda pela percepção da perda dental como solução para dor e como prevenção a futuros problemas e gastos com saúde bucal²⁴. A ausência de informação sobre o estado dos dentes presentes também pode trazer uma justificativa, visto que um indivíduo que tenha enfrentado repetidos problemas dentários pode perceber não ter dentes como uma melhora efetiva na saúde bucal. Já indivíduos com alguma perda dental (1 a 19 dentes) podem ter problemas em curso e estar experimentando algum nível de dor ou desconforto no momento da entrevista¹². Alternativamente, essa discrepância pode se dar devido aos diferentes referenciais utilizados na autoavaliação de saúde, o que ocasiona eventuais associações fracas entre a situação clínica e a percepção de saúde do sujeito²⁵.

A mastigação é um fator influente na qualidade de vida do indivíduo²⁶, e sua baixa performance está relacionada com diminuição de atividades funcionais^{27,28}, sintomas depressivos, déficit de funções cognitivas²⁷, insuficiência alimentar^{27,29} e mortalidade em idosos^{30,31}. A associação entre insatisfação com performance mastigatória e percepção negativa de saúde bucal é frequentemente encontrada em outras populações^{13,21}. Na população brasileira, as condições de saúde bucal relacionadas à mastigação são as mais referidas como fonte de impacto na realização de atividades cotidianas²⁰.

Os achados de forte relação entre aparência e saúde bucal autopercebidas são consistentes com outros estudos^{21,32-35}. Essa valorização da aparência física pode se dar pelo fato de ser um dos traços mais facilmente percebidos durante interações sociais, sendo sugerido o estereótipo de que “o que é bonito é bom”, significando que uma pessoa de boa aparência é vista também como detentora de características sociais desejáveis³⁶. Internamente ao indivíduo, a percepção da imagem corporal é um conceito variável, flutuando ao longo do tempo e influenciado por eventos cotidianos³⁷, sendo que uma percepção negativa do próprio corpo está associada a desfechos de saúde mental, como transtornos alimentares, depressão e baixa autoestima³⁸.

Quanto à saúde bucal, sugere-se o mesmo mecanismo estereotípico de beleza, relacionado a aspectos sociais e profissionais³⁹, sendo que sua percepção é mediada mais fortemente por variáveis dentárias, como alterações de cor e ausências de elementos dentários⁴⁰, e sua avaliação negativa é relacionada à necessidade de reabilitações protéticas de natureza parcial ou total³². A alteração dessa percepção ao longo do tempo está relacionada ao aparecimento e recuperação de agravos de saúde bucal como manchamento, quebra de restaurações e de elementos dentários⁴¹. Em termos populacionais, há achados similares de relação entre autopercepção de saúde bucal e autopercepção de aparência bucal em idosos brasileiros^{21,34}.

É limitação reconhecida desta pesquisa a ausência de exame odontológico quando da coleta de dados, o que confere uma menor robustez aos dados de saúde bucal, além das limitações inerentes ao estudo da autopercepção de saúde, conceito baseado em referenciais variáveis²⁵ e transientes^{25,42}, de forma transversal. Adicionalmente, o presente estudo está sujeito às limitações reconhecidas dos estudos transversais, não podendo oferecer apoio para inferências causais e estando sujeito a fenômenos de causalidade reversa.

CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde bucal dos quilombolas do Rio Grande do Sul apresenta relatos semelhantes aos de outras populações, sendo aparência e mastigação fatores de grande valor no estabelecimento da ideia ampla de saúde bucal na população estudada. Ainda que haja muito o que explorar, principalmente no que diz respeito à situação clínica de saúde bucal dessa população, o presente estudo oferece uma plataforma para discussão e direcionamento de propostas de novos estudos e de políticas de saúde bucal voltadas às comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 21 nov 2003; Seção 1(227): 4.
2. Brasil. Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2003. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União 08 fev 2007; Seção 1(28): 316.
3. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ e Sociol Rural* 2005; 43(1): 29-44.
4. Brasil. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde; 2009. 416 p.
5. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal? *Arq Med* 2005; 19(1-2): 67-74.
6. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(3): 611-22.
7. Matijasevich A, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Marco PL, Albernaz EP, et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: Comparison of 3 birth cohorts. *Am J Public Health* 2008; 98(4): 692-8.
8. Chor D, Lima CRDA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1586-94.
9. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37.
10. Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health* 2013; 127(12): 1097-104.
11. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist L V. Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(5): 363-73.
12. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997; 11(2): 272-80.
13. Kim HY, Patton LL. Intra-category determinants of global self-rating of oral health among the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(1): 68-76.

14. Gomes K de O, Reis EA, Guimarães MD, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(9): 1829-42.
15. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MD, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(5): 905-13.
16. Silva JAN. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. *Saúde e Soc* 2007; 16(2): 111-24.
17. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2011; 14(1-2): 62-6.
18. Rodrigues SA, Lucas MG, Cerqueira ST da S, Braga Ap da S, Vaz LG. Educação em saúde em comunidades quilombolas. *Rev Gaucha Odontol* 2011; 59(3): 445-51.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Segurança Alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
20. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2010. 116 p.
21. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(4): 348-59.
22. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(4): 725-31.
23. Somsak K, Kaewplung O. The effects of the number of natural teeth and posterior occluding pairs on the oral health-related quality of life in elderly dental patients. *Gerodontology* 2016; 33(1): 52-60.
24. De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the Psychosocial Aspects of Tooth Loss in Old Age: A Southern Brazilian Study. *J Cross Cult Gerontol* 2012; 27(3): 239-58.
25. Locker D, Maggias J, Wexler E. What frames of reference underlie self-ratings of oral health? *J Public Health Dent* 2009; 69(2): 78-89.
26. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Gerritsen AE, Creugers NHJ. Chewing ability and dental functional status. *Int J Prosthodont*. 2011; 24(5): 428-36.
27. Kimura Y, Ogawa H, Yoshihara A, Yamaga T, Takiguchi T, Wada T, et al. Evaluation of chewing ability and its relationship with activities of daily living, depression, cognitive status and food intake in the community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13(3): 718-25.
28. Listl S. Oral health conditions and cognitive functioning in middle and later adulthood. *BMC Oral Health* 2014; 14(1): 70.
29. Lin YC, Chen JH, Lee HE, Yang NP, Chou TM. The association of chewing ability and diet in elderly complete denture patients. *Int J Prosthodont* 2010; 23(2): 127-8.
30. Schwahn C, Polzer I, Haring R, Dörr M, Wallaschofski H, Kocher T, et al. Missing, unreplaced teeth and risk of all-cause and cardiovascular mortality. *Int J Cardiol* 2013; 167(4): 1430-7.
31. González S, Huerta JM, Fernández S, Patterson AM, Lasheras C. Differences in overall mortality in the elderly may be explained by diet. *Gerontology* 2008; 54(4): 232-7.
32. Vilela EA, Martins AM, Barreto SM, Vargas AM, Ferreira RC. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz Oral Res* 2013; 27(3): 203-10.
33. Xiaoxian Meng, Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW. Satisfaction with dental appearance among diverse groups of dentate adults. *J Aging Health* 2007; 19(5): 778-91.
34. Martins AME de BL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2): 421-35.
35. Mejia G, Armfield JM, Jamieson LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Aust Dent J* 2014; 59(2): 226-33.
36. Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *J Pers Soc Psychol* 1972; 24(3): 285-90.
37. Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image* 2007; 4(1): 1-9.
38. Jansen A, Smeets T, Martijn C, Nederkoorn C. I see what you see: the lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2006; 45(Pt 1): 123-35.
39. Eli I, Bar-Tal Y, Kostovetzki I. At first glance: social meanings of dental appearance. *J Public Health Dent* 2001; 61(3): 150-4.
40. Neumann LM, Christensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. *J Am Dent Assoc* 1989; 118(5): 565-70.
41. Meng X, Gilbert GH, Litaker MS. Dynamics of satisfaction with dental appearance among dentate adults: 24-month incidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(4): 370-81.
42. De Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YA de O. Correlates of change in self-perceived oral health among older adults in Brazil: findings from the Health, Well-Being and Aging Study. *J Am Dent Assoc* 2012 ;143(5): 488-95.

Recebido em: 02/05/2016

Versão final apresentada em: 16/08/2016

Aprovado em: 08/09/2016