Revista Ciência Plural

PERDA DENTÁRIA, SITUAÇÃO PROTÉTICA E ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS QUILOMBOLAS RURAIS DA BAHIA

TOOTH LOSS, PROSTHETIC STATUS AND DENTAL SERVICE USE AMONG OLDER ADULTS IN RURAL QUILOMBOLA COMMUNITIES IN BAHIA, BRAZIL

PÉRDIDA DENTARIA, SITUACIÓN PROTÉSICA Y USO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN PERSONAS MAYORES QUILOMBOLAS RURALES DE BAHÍA, BRASIL

Gabriela Barreto[1], Juliana de Souza do Nascimento[2], Ana Ritha Santos Costa[3], Mateus Cardoso Oliveira[3], Claudia Cerqueira[1]

1. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil.
2. Universidade Federal Fluminense (UFF), Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Vitória da Conquista (Afya FCMVC), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

RESUMO

Introdução: A saúde bucal de pessoas idosas em comunidades quilombolas rurais permanece pouco caracterizada. **Objetivo:** Descrever perda dentária, uso e necessidade de próteses, autopercepção da saúde bucal e utilização de serviços odontológicos em pessoas idosas quilombolas rurais, explorando associações bivariadas com características sociodemográficas. **Metodologia:** Estudo transversal com 140 pessoas idosas de duas comunidades rurais de Vitória da Conquista, Bahia, entrevistadas e examinadas entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023. Foram descritos indicadores clínicos, protéticos e de utilização de serviços e examinadas associações bivariadas, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O CPO-D médio registrado foi 26,84 (DP=6,38), com média de 25,46 dentes perdidos (DP=7,69). A perda de 13 ou mais dentes ocorreu em 124 (88,6%) participantes, e 60 (42,9%) não apresentavam dentes naturais. O uso de prótese superior e inferior foi de 65,0% e 35,7%, respectivamente; a necessidade de prótese foi de 71,4% e 82,9%. Dos 139 respondentes, 81 (58,3%) avaliaram positivamente a saúde bucal. No último ano, 103 (73,6%) não procuraram atendimento odontológico. A perda de 13 ou mais dentes associou-se ao sexo (p<0,001), mas não à autopercepção (p=0,210); a procura por atendimento associou-se à escolaridade (p=0,003). **Conclusão:** A elevada perda dentária coexistiu com necessidades protéticas frequentes, autopercepção muitas vezes positiva e baixa procura recente por atendimento odontológico. Os resultados subsidiam o planejamento local de ações de cuidado e reabilitação, sem permitir inferências causais.

Palavras-Chave: Idosos; Quilombolas; Saúde bucal; Iniquidades em saúde; Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT

Introduction: Oral health among older adults in rural Quilombola communities remains insufficiently characterized. **Objective:** To describe tooth loss, denture use and need, self-perceived oral health, and dental service utilization among older adults from rural Quilombola communities, exploring bivariate associations with sociodemographic characteristics. **Methods:** This cross-sectional study included 140 older adults from two rural communities in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil, interviewed and clinically examined between November 2022 and February 2023. Clinical, prosthetic, and dental service indicators were described, and bivariate associations were examined at a 5% significance level. **Results:** The mean decayed, missing, and filled teeth (DMFT) index was 26.84 (standard deviation [SD] = 6.38), with a mean of 25.46 missing teeth (SD = 7.69). Loss of 13 or more teeth was observed in 124 participants (88.6%), while 60 (42.9%) had no remaining natural teeth. The prevalence of maxillary and mandibular prosthesis use was 65.0% and 35.7%, respectively, whereas the corresponding prosthetic needs were 71.4% and 82.9%. Among 139 respondents, 81 (58.3%) reported positive self-perceived oral health. In the preceding 12 months, 103 participants (73.6%) had not sought dental care. Loss of 13 or more teeth was significantly associated with sex ($p < 0.001$), but not with self-perceived oral health ($p = 0.210$). Dental care-seeking was significantly associated with educational attainment ($p = 0.003$). **Conclusion:** Extensive tooth loss coexisted with frequent prosthetic needs, often positive self-perceived oral health, and low recent dental care-seeking. The findings may inform local oral healthcare and rehabilitation planning but do not support causal inferences.

Keywords: Elderly; Quilombola communities; Oral health; Health inequities; Oral health services.

Correspondência: Mateus Cardoso Oliveira.
Curso de Medicina.
Afya Faculdade de Ciências Médicas de Vitória da Conquista.
mateus.oliveira@afya.com.br

Recebido: 23/02/2026
Aprovado: 15/10/2026
Publicado: 12/11/2026

Como citar: Barreto G et al. Perda dentária, situação protética e acesso a serviços odontológicos entre idosos quilombolas rurais da Bahia. Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e42573. https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42573

Editor Associado: Moan Jéfter Fernandes Costa

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto publicado sob uma Licença Creative Commons.

RESUMEN
Introducción: La salud bucal de las personas mayores en comunidades quilombolas rurales sigue estando poco caracterizada. **Objetivo:** Describir la pérdida dentaria, el uso y la necesidad de prótesis, la autopercepción de la salud bucal y la utilización de servicios odontológicos entre personas mayores de comunidades quilombolas rurales, explorando asociaciones bivariadas con características sociodemográficas. **Metodología:** Estudio transversal con 140 personas mayores de dos comunidades rurales de Vitória da Conquista, Bahía, Brasil, entrevistadas y examinadas clínicamente entre noviembre de 2022 y febrero de 2023. Se describieron indicadores clínicos, protésicos y de utilización de servicios, y se examinaron asociaciones bivariadas con un nivel de significación del 5%. **Resultados:** El índice medio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) fue de 26,84 (desviación estándar [DE] = 6,38), con una media de 25,46 dientes perdidos (DE = 7,69). La pérdida de 13 o más dientes se observó en 124 participantes (88,6%), mientras que 60 (42,9%) no presentaban dientes naturales remanentes. La prevalencia de uso de prótesis en el maxilar superior e inferior fue del 65,0% y 35,7%, respectivamente, mientras que las necesidades protésicas correspondientes fueron del 71,4% y 82,9%. Entre los 139 participantes que respondieron, 81 (58,3%) manifestaron una autopercepción positiva de su salud bucal. Durante los últimos 12 meses, 103 participantes (73,6%) no habían solicitado atención odontológica. La pérdida de 13 o más dientes se asoció significativamente con el sexo ($p < 0,001$), pero no con la autopercepción de la salud bucal ($p = 0,210$). La búsqueda de atención odontológica se asoció significativamente con el nivel educativo ($p = 0,003$). **Conclusión**: La elevada pérdida dentaria coexistió con necesidades protésicas frecuentes, una autopercepción a menudo positiva y una baja búsqueda reciente de atención odontológica. Los resultados pueden orientar la planificación local de cuidados y rehabilitación, sin permitir inferencias causales.
Palabras clave: Personas adultas mayores; Comunidades quilombolas; Salud bucal; Inequidades en salud; Servicios de salud bucal.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos fenômenos demográficos mais relevantes do mundo contemporâneo, impondo desafios crescentes aos sistemas de saúde, especialmente no que se refere à garantia de acesso equitativo e à qualidade do cuidado oferecido às pessoas idosas[1,2]. Estimativas indicam que a proporção de indivíduos com 65 anos ou mais continuará a crescer nas próximas décadas, cenário que motivou a Organização das Nações Unidas a instituir a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), com foco na promoção de políticas públicas que assegurem envelhecimento com dignidade, autonomia e qualidade de vida[3].

No Brasil, o processo de envelhecimento ocorre em um contexto marcado por profundas desigualdades sociais, territoriais e raciais, que repercutem diretamente nas condições de saúde geral e bucal da população idosa[4,5]. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha como princípios a universalidade e a equidade, persistem barreiras de acesso aos serviços de saúde, particularmente entre grupos socialmente vulnerabilizados e residentes em áreas rurais ou historicamente marginalizadas[6,7].

Nesse contexto, a saúde bucal assume especial relevância, uma vez que a experiência acumulada de cárie, as perdas dentárias e a necessidade de reabilitação protética podem comprometer alimentação, comunicação, autoestima e qualidade de vida das pessoas idosas[8,9]. Esses agravos não se distribuem de maneira homogênea na população, estando relacionados às condições socioeconômicas e às oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde ao longo da vida[10]. Dados do levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal evidenciam condições bucais desfavoráveis entre idosos brasileiros, particularmente em relação às perdas dentárias e à necessidade de reabilitação protética[11].

As desigualdades observadas em saúde bucal devem ser compreendidas à luz dos determinantes sociais da saúde, incluindo condições de vida, renda, escolaridade, território e acesso aos serviços odontológicos[11,12]. Quando essas desigualdades são sistemáticas, evitáveis e socialmente produzidas, configuram iniquidades em saúde[13,14]. Dessa forma, a elevada carga de perdas dentárias na população idosa não deve ser interpretada exclusivamente como consequência biológica do envelhecimento, mas também como resultado de trajetórias de vida marcadas por diferentes oportunidades de prevenção, tratamento e reabilitação.

Entre os grupos particularmente expostos a essas iniquidades estão as comunidades quilombolas, cuja trajetória histórica é marcada por exclusão social, racismo estrutural e restrições persistentes no acesso às políticas públicas[15,16]. Estudos realizados com populações quilombolas apontam condições desfavoráveis de saúde bucal e destacam a influência de fatores socioeconômicos e territoriais sobre o acesso aos cuidados odontológicos[17,18]. Em comunidades

Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e42573. https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42573

rurais, essas desigualdades podem assumir particular importância diante das dificuldades relacionadas à disponibilidade e à utilização dos serviços de saúde.

Além das condições clínicas objetivas, a autopercepção constitui dimensão relevante na avaliação da saúde bucal, pois incorpora experiências individuais, expectativas, valores culturais e repercussões funcionais dos agravos bucais[19,20]. Entre pessoas idosas submetidas a contextos históricos de vulnerabilidade, a percepção subjetiva da saúde bucal pode não corresponder à magnitude das alterações clínicas observadas, influenciando a percepção da necessidade de tratamento e a procura por serviços odontológicos[21]. A análise conjunta de indicadores clínicos, autopercepção e utilização dos serviços pode, portanto, contribuir para uma compreensão mais abrangente das iniquidades em saúde bucal.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos os estudos que investigam de forma sistemática as condições de saúde bucal de idosos quilombolas, sobretudo em comunidades rurais do interior do Nordeste brasileiro. A produção de informações sobre experiência de cárie, perdas dentárias, situação protética, autopercepção e utilização dos serviços odontológicos pode contribuir para identificar necessidades de cuidado e subsidiar estratégias de atenção orientadas pela equidade e pelas especificidades sociais e territoriais dessa população.

Diante desse cenário, o estudo teve como objetivo descrever a perda dentária, o uso e a necessidade de próteses, a autopercepção da saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos entre idosos quilombolas rurais, além de explorar associações bivariadas com características sociodemográficas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com estratégia de inclusão de residentes elegíveis, sem amostragem probabilística, realizado com idosos quilombolas residentes nas comunidades rurais de São Joaquim de Paulo e Barrocas, no município de Vitória da Conquista, Bahia, áreas adscritas à Equipe de Saúde da Família do Capinal. A população estudada foi composta por 140 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, residentes nas comunidades investigadas, que se autodeclararam quilombolas e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos indivíduos com comprometimento cognitivo, mental, psicológico ou físico que impossibilitasse a compreensão e resposta ao questionário ou a realização do exame clínico intraoral, além de indivíduos acamados e juridicamente incapazes.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023, mediante aplicação de questionário estruturado e realização de exame clínico intraoral. O questionário foi aplicado com auxílio de tablet (Samsung Galaxy Tab A 2017), utilizando-se a plataforma KoboToolbox® (KoboCollect v1.23.3k), para registro padronizado e armazenamento digital das informações.

O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas e econômicas, incluindo idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda individual e familiar, número de moradores no domicílio e cor ou raça/etnia; condições de saúde geral e hábitos de vida, como doenças sistêmicas autorreferidas, tabagismo e consumo de álcool; hábitos de higiene bucal; e informações relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços odontológicos, incluindo procura por atendimento no último ano, tempo decorrido desde a última consulta, tipo de serviço utilizado e motivo da última consulta.

A autopercepção da saúde bucal foi avaliada por meio da questão referente à avaliação global da condição de dentes e gengivas. O impacto da saúde bucal nas atividades diárias foi investigado por questões adaptadas do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) para adultos e idosos[22]. O instrumento contemplou aspectos relacionados à alimentação, fala, higiene bucal, estado emocional, convívio social, atividades cotidianas e sono.

O exame clínico intraoral foi realizado segundo os critérios adotados pelo Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil, contemplando a avaliação da experiência acumulada de cárie por meio do índice CPO-D, das perdas dentárias e do uso e necessidade de próteses dentárias. O CPO-D foi utilizado como indicador da experiência acumulada de cárie, enquanto as perdas dentárias foram analisadas a partir do número e do percentual de dentes

perdidos. O uso e a necessidade de próteses foram avaliados separadamente para os arcos superior e inferior.

Para análise da situação protética, a necessidade de prótese em cada arco foi agrupada em três categorias: ausência de necessidade protética; necessidade de prótese fixa e/ou removível para substituição de um ou mais elementos dentários; e necessidade de prótese dentária total.

Todos os procedimentos clínicos foram realizados de acordo com as normas de biossegurança. Ao final da avaliação, cada participante recebeu relatório individual contendo as condições de saúde bucal identificadas e os respectivos encaminhamentos para a rede pública de serviços odontológicos do município.

Análise estatística

Inicialmente, foi realizada análise descritiva das características sociodemográficas, das condições clínicas de saúde bucal, da situação protética, da autopercepção da saúde bucal e da utilização dos serviços odontológicos. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas [n (%)], enquanto as variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, incluindo média e desvio-padrão.

Foram descritos o CPO-D total registrado, o número de dentes perdidos, a perda de 13 ou mais dentes, a perda dentária completa, o uso e a necessidade de próteses por arco e os indicadores de autopercepção e utilização dos serviços. A perda de 13 ou mais dentes foi tratada como categoria operacional de perda dentária extensa, distinta da ausência de todos os dentes. Os componentes cariados e obturados não foram apresentados por não constarem como variáveis individualizadas verificáveis no banco fornecido.

As associações entre a perda de 13 ou mais dentes e características sociodemográficas e autopercepção, bem como entre escolaridade e procura por atendimento odontológico no último ano, foram exploradas por testes bivariados de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme as frequências esperadas. Adotou-se nível de significância de 5%.

As análises inferenciais foram interpretadas como exploratórias. Não foram apresentadas estimativas de regressão ajustada sem resultados estatísticos verificáveis.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software IBM SPSS Statistics®, versão 22.0.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer nº 5.659.057.

RESULTADOS

Participaram do estudo 140 idosos quilombolas, com média de idade de 71,4 anos (DP=8,2), variando entre 60 e 95 anos. Houve predominância do sexo feminino (55,7%), de participantes com idade ≤70 anos (57,1%) e de indivíduos autodeclarados pretos ou pardos (90,7%). Quanto às características socioeconômicas, 58,6% eram analfabetos e 84,3% apresentavam renda individual mensal ≤1 salário mínimo. As características sociodemográficas e econômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1.

Em relação às condições clínicas de saúde bucal, observou-se elevada experiência acumulada de cárie e expressiva perda dentária. O índice CPO-D médio foi de 26,84 (DP=6,38), e o número médio de dentes perdidos foi de 25,46 (DP=7,69). A perda de ≥13 dentes foi observada em 124 participantes (88,6%), enquanto 60 (42,9%) apresentaram perda de 100% dos dentes avaliados.

Quanto à situação protética, 91 participantes (65,0%) utilizavam algum tipo de prótese no arco superior, sendo a prótese total removível a modalidade mais frequente (50,0%). No arco inferior, 50 participantes (35,7%) utilizavam prótese, dos quais 23,6% utilizavam prótese total removível. A necessidade de reabilitação protética foi identificada em 71,4% dos participantes no arco superior e em 82,9% no inferior. A necessidade de prótese total correspondeu a 48,6% no arco superior e 35,0% no inferior (Tabela 2).

Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e42573. https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42573

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, 2023.

Variável	n (%)*
Sexo	
Masculino	62 (44,3)
Feminino	78 (55,7)
Faixa etária	
≤70 anos	80 (57,1)
>70 anos	60 (42,9)
Cor/raça	
Pretos/pardos	127 (90,7)
Outros	13 (9,3)
Escolaridade	
Analfabeto	82 (58,6)
Com algum grau de escolaridade	58 (41,4)
Renda individual mensal	
≤1 salário mínimo	118 (84,3)
>1 salário mínimo	22 (15,7)

*Valores expressos em frequência absoluta e relativa [n (%)].
Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Condições clínicas de saúde bucal e situação protética dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, 2023.

Indicador	n (%) ou média ± DP *
CPO-D	26,84 ± 6,38
Número de dentes perdidos	25,46 ± 7,69
Perda dentária	
≥13 dentes perdidos	124 (88,6)
Perda de 100% dos dentes	60 (42,9)
Uso de prótese superior	
Não usa	49 (35,0)
Prótese parcial removível	21 (15,0)
Prótese total removível	70 (50,0)
Uso de prótese inferior	
Não usa	90 (64,3)
Prótese parcial removível	17 (12,1)
Prótese total removível	33 (23,6)
Necessidade de prótese superior	
Não necessita	40 (28,6)
Necessita prótese parcial/fixa	32 (22,9)
Necessita prótese total	68 (48,6)
Necessidade de prótese inferior	
Não necessita	24 (17,1)
Necessita prótese parcial/fixa	67 (47,9)
Necessita prótese total	49 (35,0)

*Valores apresentados como média ± desvio-padrão (DP) ou frequência absoluta e relativa [n (%)], conforme a natureza da variável.
Fonte: Dados da pesquisa.

Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e42573. https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42573

Em relação aos hábitos de vida e às condições gerais de saúde, 59,3% dos participantes eram fumantes ou ex-fumantes e 30,0% relataram consumo de bebida alcoólica. A saúde geral foi classificada como regular, ruim ou muito ruim por 59,3% dos participantes. Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram relatadas por 80,7% e 22,1%, respectivamente.

Entre os 139 participantes com informação válida sobre autopercepção da saúde bucal, 81 (58,3%) classificaram sua condição como boa ou muito boa, enquanto 58 (41,7%) a classificaram como regular, ruim ou muito ruim. Os hábitos de vida, condições gerais de saúde e autopercepção da saúde bucal estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Hábitos de vida, condições gerais de saúde e autopercepção da saúde bucal dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, 2023.

Variável	n (%) *
Tabagismo	
Fumante/ex-fumante	83 (59,3)
Não fumante	57 (40,7)
Consumo de bebida alcoólica	
Não	98 (70,0)
Sim	42 (30,0)
Autoavaliação da saúde geral	
Muito boa/boa	57 (40,7)
Regular/ruim/muito ruim	83 (59,3)
Hipertensão arterial	
Sim	113 (80,7)
Não	27 (19,3)
Diabetes mellitus	
Sim	31 (22,1)
Não	109 (77,9)
Autopercepção da saúde bucal[1]	
Boa/muito boa	81 (58,3)
Regular/ruim/muito ruim	58 (41,7)

*Valores expressos em frequência absoluta e relativa [n (%)].

[1] Para autopercepção da saúde bucal, n=139, devido a uma resposta "não sabe/não respondeu".

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, 95,7% dos participantes relataram escovação diária e 7,1% referiram uso diário de fio dental. Em relação ao impacto da saúde bucal nas atividades diárias, as repercussões mais frequentemente relatadas foram dificuldade para comer (32,1%), vergonha de sorrir ou falar (27,9%) e nervosismo ou irritação relacionados à condição bucal (21,4%).

A utilização recente dos serviços odontológicos foi baixa. No último ano, 103 participantes (73,6%) não procuraram atendimento odontológico, enquanto 37 (26,4%) relataram procura. Além disso, 52,1% informaram que a última consulta odontológica havia ocorrido há mais de três anos. Entre os participantes com informação sobre o serviço utilizado, predominou o atendimento particular ou por plano/convênio (76,4%), e a colocação ou manutenção de prótese foi o motivo mais frequentemente relatado para a última consulta (52,9%).

Na análise das características sociodemográficas associadas à perda dentária, observou-se associação estatisticamente significativa com o sexo ($p<0,001$). A frequência de perda de ≥13 dentes foi de 97,4% entre as mulheres e 77,4% entre os homens. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre perda de ≥13 dentes e faixa etária ($p=0,319$), cor/raça ($p=0,171$), escolaridade ($p=0,841$) ou renda individual ($p=0,076$) (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre características sociodemográficas e perda dentária ≥13 dentes dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, 2023.

Variável	Total n (%)	≥13 dentes perdidos n (%)	<13 dentes perdidos n (%)	p-valor*
Sexo				<0,001
Masculino	62 (44,3)	48 (77,4)	14 (22,6)	
Feminino	78 (55,7)	76 (97,4)	2 (2,6)	
Faixa etária				0,319
≤70 anos	80 (57,1)	69 (86,3)	11 (13,8)	
>70 anos	60 (42,9)	55 (91,7)	5 (8,3)	
Cor/raça				0,171†
Pretos/pardos	127 (90,7)	114 (89,8)	13 (10,2)	
Outros	13 (9,3)	10 (76,9)	3 (23,1)	
Escolaridade				0,841
Analfabeto	82 (58,6)	73 (89,0)	9 (11,0)	
Com algum grau de escolaridade	58 (41,4)	51 (87,9)	7 (12,1)	
Renda individual				0,076†
≤1 salário mínimo	118 (84,3)	102 (86,4)	16 (13,6)	
>1 salário mínimo	22 (15,7)	22 (100,0)	0 (0,0)	

* Teste do qui-quadrado de Pearson, exceto quando indicado.
† Teste exato de Fisher, empregado devido à baixa frequência esperada em pelo menos uma célula.
Nota: os percentuais referentes à perda dentária foram calculados dentro de cada categoria da variável independente.
Fonte: Dados da pesquisa.

A perda dentária não apresentou associação estatisticamente significativa com a autopercepção da saúde bucal (p=0,210). Entre os participantes que avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa, 91,4% apresentaram perda de ≥13 dentes; entre aqueles que avaliaram sua condição como regular, ruim ou muito ruim, essa proporção foi de 84,5% (Tabela 5). Apesar da ausência de associação estatística, observou-se elevada frequência de perda dentária mesmo entre os participantes com autopercepção positiva.

Tabela 5. Associação entre perda dentária e autopercepção da saúde bucal, e entre escolaridade e procura por atendimento odontológico no último ano. Vitória da Conquista-BA, 2023.

Autopercepção da saúde bucal	Total n (%)	Perda de ≥13 dentes n (%)	<13 dentes perdidos n (%)	p-valor*
Boa/muito boa	81 (58,3)	74 (91,4)	7 (8,6)	**0,210**
Regular/ruim/muito ruim	58 (41,7)	49 (84,5)	9 (15,5)	
Total	**139 (100,0)**	**123 (88,5)**	**16 (11,5)**	
Escolaridade	**Total n (%)**	**Procurou atendimento n (%)**	**Não procurou n (%)**	**p-valor****
Analfabeto	82 (58,6)	14 (17,1)	68 (82,9)	**0,003**
Com algum grau de escolaridade	58 (41,4)	23 (39,7)	35 (60,3)	
Total	**140 (100,0)**	**37 (26,4)**	**103 (73,6)**	

* Teste do qui-quadrado de Pearson. Percentuais de perda dentária calculados dentro de cada categoria de autopercepção.
** Teste do qui-quadrado de Pearson. Percentuais calculados dentro de cada categoria de escolaridade.
Fonte: Dados da pesquisa.

Por outro lado, observou-se associação estatisticamente significativa entre escolaridade e procura por atendimento odontológico no último ano (p=0,003). Entre os participantes analfabetos, 17,1% procuraram atendimento, em comparação com 39,7% daqueles com algum grau de escolaridade. Consequentemente, a proporção de participantes que não procuraram atendimento foi maior entre os analfabetos (82,9%) do que entre aqueles com algum grau de escolaridade (60,3%) (Tabela 5).

Rev. Ciênc. Plural. 2026; 12:e42573. https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n1ID42573

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico identificado neste estudo, caracterizado pelo predomínio do sexo feminino, elevada proporção de idosos com até 70 anos, baixa escolaridade e baixa renda, reflete padrões amplamente descritos no processo de envelhecimento brasileiro, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade social[23]. A maior participação feminina entre os idosos pode ser explicada pela maior expectativa de vida das mulheres, bem como por diferenças históricas no acesso aos serviços de saúde e nos comportamentos de cuidado ao longo do curso de vida, fenômeno conhecido como feminização do envelhecimento[23].

A elevada proporção de indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, associada à baixa escolaridade e à renda reduzida, evidencia a condição de vulnerabilidade estrutural das comunidades quilombolas estudadas. Esses achados corroboram investigações realizadas em comunidades quilombolas do semiárido baiano e do município de Vitória da Conquista, que apontam a intersecção entre raça, território e condições socioeconômicas desfavoráveis como determinantes centrais das desigualdades em saúde[17,18]. Mais do que um marcador racial isolado, a condição quilombola expressa um processo histórico de exclusão, racismo estrutural e restrições persistentes no acesso às políticas públicas, fatores que influenciam diretamente as condições de vida e saúde dessa população[15,16].

No que se refere às condições de saúde bucal, observou-se elevada prevalência de perdas dentárias, com média de CPO-D de 26,84, com elevada média de dentes perdidos, resultado semelhante ao observado no levantamento nacional SB Brasil 2010[11]. Esse achado reflete os efeitos acumulados de um modelo de atenção odontológica historicamente centrado em práticas mutiladoras, especialmente entre populações socialmente vulnerabilizadas. Estudos realizados em comunidades quilombolas demonstram que as extrações dentárias constituem um procedimento recorrente ao longo da vida desses indivíduos, muitas vezes associado à dificuldade de acesso a serviços preventivos e restauradores[17,24].

Na análise bivariada apresentada, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre renda e perda de 13 ou mais dentes (p=0,076). Esse resultado não exclui a relevância dos determinantes socioeconômicos na trajetória de saúde bucal, mas impede atribuir aos dados deste estudo uma associação estatística que não foi demonstrada. A interpretação das desigualdades deve considerar o delineamento transversal, a distribuição das categorias de renda e a precisão limitada das estimativas.

A ausência de procura por atendimento odontológico no último ano, referida por 103 participantes (73,6%), deve ser interpretada como indicador de utilização recente, e não como medida direta de disponibilidade de serviços ou de necessidade percebida. A escolaridade apresentou associação bivariada com a procura (p=0,003), sem que o delineamento permita atribuir causalidade. Em comunidades rurais, custos e disponibilidade de transporte, deslocamentos até unidades de referência, horários de atendimento, continuidade do cuidado e oferta de reabilitação podem influenciar os itinerários terapêuticos. Entretanto, distâncias, tempos de deslocamento, cobertura assistencial e trajetórias individuais não foram mensurados nesta análise; por isso, tais fatores são discutidos como explicações plausíveis a serem investigadas, e não como barreiras empiricamente confirmadas para os participantes.

A perspectiva dos itinerários terapêuticos amplia essa interpretação: a busca por cuidado pode envolver diferentes serviços, decisões familiares, alternativas disponíveis no território e sucessivos deslocamentos. No entanto, o presente estudo não reconstruiu esses percursos, tampouco estimou a distância entre as comunidades e os centros urbanos. Assim, os resultados sustentam a recomendação de investigar barreiras territoriais e organizacionais e de fortalecer ações de atenção primária e reabilitação protética próximas às comunidades, mas não permitem quantificar o efeito isolado de cada barreira.

Apesar da elevada perda dentária, 81 dos 139 respondentes (58,3%) avaliaram positivamente a própria saúde bucal. Essa coexistência merece interpretação cuidadosa: a associação entre perda de 13 ou mais dentes e autopercepção não foi estatisticamente significativa (p=0,210). A avaliação subjetiva pode considerar a ausência de dor, a capacidade de desempenhar atividades habituais, expectativas construídas ao longo da vida e experiências anteriores de cuidado. A possível naturalização da perda dentária como parte do envelhecimento constitui uma hipótese

interpretativa, não uma crença cultural demonstrada pelo questionário nem um mecanismo causal identificado neste estudo.

A eventual adaptação às limitações bucais pode ajudar a compreender por que indicadores clínicos e avaliações subjetivas nem sempre convergem. Essa interpretação, contudo, não significa que as pessoas idosas desconheçam suas necessidades, nem autoriza atribuir comportamentos uniformes à população quilombola. As experiências de saúde bucal podem variar conforme histórias de vida, redes familiares, práticas culturais e oportunidades concretas de tratamento. A discussão sobre iniquidades exige considerar conjuntamente condições sociais e organização da rede de atenção, evitando reduzir a baixa utilização dos serviços a escolhas individuais.

No presente estudo, observou-se elevada prevalência de uso de próteses dentárias, especialmente na arcada superior, bem como maior necessidade de reabilitação protética no arco inferior, padrão semelhante ao descrito em estudos nacionais[25]. A menor adesão ao uso de próteses inferiores está relacionada a dificuldades anatômicas, maior reabsorção óssea mandibular e maior risco de desconforto e lesões na mucosa oral, fatores que comprometem a adaptação e o conforto do usuário[25].

Entre os impactos da saúde bucal na vida diária, a dificuldade para comer foi a atividade mais frequentemente referida, resultado consistente com estudos que apontam a mastigação como a função mais afetada por problemas bucais em idosos[22]. Esse achado reforça a relevância funcional da saúde bucal e suas repercussões sobre a alimentação, o estado nutricional e a qualidade de vida, especialmente em populações idosas socialmente vulnerabilizadas.

As principais limitações incluem o delineamento transversal, que impede estabelecer temporalidade e causalidade, a investigação restrita a duas comunidades e a seleção não probabilística. Não estavam disponíveis registros suficientes para aferir a concordância intra e interexaminadores, documentar validação formal do questionário ou desagregar os componentes cariados e obturados do CPO-D. Além disso, as análises bivariadas não controlam confundimento, e não foram medidas diretamente distâncias, custos de deslocamento, oferta territorial de serviços ou itinerários terapêuticos. Essas restrições devem orientar a interpretação e a transferibilidade dos achados.

CONCLUSÃO

Entre as 140 pessoas idosas quilombolas examinadas, observaram-se elevada perda dentária, uso desigual de próteses entre os arcos e necessidades frequentes de reabilitação. Embora 58,3% dos respondentes avaliassem positivamente a própria saúde bucal, 73,6% não haviam procurado atendimento odontológico no último ano. As associações bivariadas identificadas não permitem estabelecer relações causais ou efeitos independentes.

Os resultados evidenciam a importância de estratégias territorialmente sensíveis de avaliação, prevenção e reabilitação em saúde bucal, com atenção à continuidade do cuidado e às necessidades relatadas pelas comunidades. Pesquisas futuras devem incorporar medidas de acessibilidade, trajetórias de cuidado e procedimentos documentados de padronização clínica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. https://iris.who.int/handle/10665/186463

2. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do envelhecimento saudável nas Américas (2021–2030). Washington (DC): OPAS; 2021. https://iris.paho.org/handle/10665.2/54647

3. United Nations. Decade of Healthy Ageing 2021–2030. New York: United Nations; 2020.https://www.un.org/development/desa/ageing/decade-of-healthy-ageing.html

4. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661–9. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77–93.

6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Suppl 2):S190–8. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014

7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. 2011;377(9779):1778–97. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

8. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health. 1988;5(1):3–18. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3285972/

9. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Bull World Health Organ. 2005;83(8):590–7. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x

10. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(4):289–96. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00680.x

11. Ministério da Saúde (BR). Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb_brasil_2010_pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

12. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. https://iris.who.int/handle/10665/44489

13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429–45. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

14. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. London: Bloomsbury Publishing; 2015. https://doi.org/10.1093/ije/dyx163

15. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Comunidades quilombolas no Brasil. Brasília: SEPPIR; 2013.

16. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016;25(3):535–49. https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610

17. Araújo RLMS, Araújo EM, Miranda SS, Chaves JNT, Araújo JA. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do semiárido baiano, 2016. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(2):e2018428. https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200011

18. Sobrinho ARS, Araújo FAC, Lima NLB, Ferreira SJ, Sette-de-Souza PH. Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: revisão de escopo. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e134. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.134

19. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública. 2001;35(4):349–55. https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000400003

20. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24(6):398–402. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00887.x

21. Peres MA, Peres KG, Antunes JLF. Autopercepção de saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2013;47(Suppl 3):63–70.

22. Abegg C, Fontanive VN, Tsakos G, Davoglio RS, Oliveira MM. Adapting and testing the Oral Impacts on Daily Performances among adults and elderly in Brazil. Gerodontology. 2015;32(1):46–52. https://doi.org/10.1111/ger.12051

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2010–2060. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html

24. Souto RA, Souzas R, Silva EKP, Pereira LL, Nery JS. Itinerários terapêuticos para cuidados em saúde bucal de adultos quilombolas da Bahia. Cien Saude Colet. 2024;29(3):1–16. https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04302023

25. Miranda ABS, Lima CM, Faria JCB, Mendonça BPN, Braga LC, Leite FPP, et al. Fatores associados ao não uso de prótese total inferior e impacto em idosos brasileiros. Rev Cienc Plural. 2021;7(3):220–34.https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID25371

Contribuições dos autores: GB: Conceitualização, Metodologia; Supervisão; Redação – revisão e edição; JSN: Investigação; Curadoria de dados; Redação – revisão e edição; ARSC: Investigação; Coleta de dados; Curadoria de dados; MCO: Conceitualização; Metodologia; Análise formal; Administração do projeto; Redação – rascunho original; Redação – revisão e edição; CC: Supervisão; Metodologia; Validação; Redação – revisão e edição.

Conflito de interesses: Não há conflitos de interesse a declarar.

Financiamento: Não houve financiamento específico para este estudo.

Disponibilidade de dados: Disponíveis mediante solicitação razoável ao autor correspondente.

Uso de IA generativa: Os autores declaram que não houve uso de IA generativa no manuscrito.