

# Saúde bucal e acesso odontológico em comunidades quilombolas rurais do Pará

Oral health and access to dental care in rural quilombola communities of Pará

Maria Polliana Gomes da COSTA<sup>a</sup> , Pedro Luiz de CARVALHO<sup>a\*</sup> , Wagner Almeida de ANDRADE<sup>a</sup> , João Marcelo Ferreira de MEDEIROS<sup>b</sup> , Mateus Dias ARANHA<sup>a</sup> , Manoel Júnior Ferreira MENDES<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UFPA – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia, Belém, PA, Brasil

<sup>b</sup>UB – Universidade Brasil, Faculdade de Odontologia, São Paulo, SP, Brasil

**Como citar:** Costa MPG, Carvalho PL, Andrade WA, Medeiros JMF, Aranha MD, Mendes MJF. Saúde bucal e acesso odontológico em comunidades quilombolas rurais do Pará. Rev Odontol UNESP. 2026;55:e20250045. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.20250045>

## Resumo

**Introdução:** As comunidades quilombolas enfrentam desigualdades históricas em saúde, influenciadas por vulnerabilidades sociais, barreiras territoriais e limitações no acesso aos serviços odontológicos, resultando em agravos bucais cumulativos ao longo da vida. **Objetivo:** Analisar as condições de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos entre quilombolas de Irituia, Pará. **Material e método:** Estudo transversal com 278 participantes. Foram coletadas informações sociodemográficas, de acesso aos serviços odontológicos e indicadores clínicos de saúde bucal, incluindo presença de cárie, número de dentes perdidos, edentulismo e uso de prótese dentária. A idade foi categorizada em 10-19, 20-59 e ≥60 anos. A associação entre variáveis sociodemográficas e o tempo desde a última consulta odontológica foi analisada por meio do teste qui-quadrado. **Resultado:** A prevalência de cárie foi elevada em todas as faixas etárias, com maior intensidade entre adultos e idosos. As perdas dentárias aumentaram progressivamente com a idade, e o edentulismo concentrou-se quase exclusivamente entre idosos. Observou-se associação significativa entre faixa etária, escolaridade e estado conjugal com o tempo desde a última consulta odontológica: adultos, idosos, indivíduos com menor escolaridade e aqueles sem cônjuge apresentaram maior proporção de consultas realizadas há mais de um ano, indicando pior acesso aos serviços. **Conclusão:** Os quilombolas de Irituia apresentam importantes desigualdades em saúde bucal, com agravos cumulativos ao longo da vida e acesso limitado aos serviços odontológicos, especialmente entre adultos e idosos. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de cuidado que considerem vulnerabilidades sociais e barreiras territoriais.

**Descritores:** Acesso aos serviços de saúde; cárie dentária; perda de dente; populações vulneráveis; próteses dentárias; saúde bucal.

## Abstract

**Introduction:** Quilombola communities in Brazil experience persistent social and territorial vulnerabilities that limit access to oral health care, contributing to cumulative disease burden and significant inequalities across the life course. **Objective:** To analyze oral health conditions and access to dental services among quilombola communities in Irituia, Pará, Brazil. **Material and method:** Cross-sectional study with 278 participants. Sociodemographic characteristics, access to dental services, and clinical oral health indicators were assessed, including dental caries, number of missing teeth, edentulism, and denture use. Age was categorized into 10-19, 20-59, and ≥60 years. Associations between sociodemographic variables and time since the last dental visit were examined using the chi-square test. **Result:** Dental caries was highly prevalent across all age groups, with greater severity among adults and older adults. Tooth loss increased progressively with age, and edentulism occurred almost exclusively among individuals aged ≥60 years. Significant associations were found between age group, educational level, marital status, and time since the last dental visit. Adults, older adults, individuals with lower schooling, and those without a partner were more likely to have gone more than one year without a dental consultation, indicating poorer access to care. **Conclusion:** Quilombola communities



in Irituia experience marked oral health inequalities, with cumulative disease burden across the life course and limited access to dental services, particularly among adults and older adults. These findings highlight the need for targeted strategies that address social vulnerabilities and territorial barriers to oral health care.

**Descriptors:** Health services accessibility; dental caries; tooth loss; vulnerable populations; dental prosthesis; oral health.

## INTRODUÇÃO

A diversidade étnico-racial influencia significativamente os indicadores de saúde no Brasil, revelando desigualdades sociais e desafios na atenção básica, como discutido por Luan et al.<sup>1</sup> e Chamut et al.<sup>2</sup>. Entre os grupos vulnerabilizados, destacam-se as comunidades quilombolas, formadas por descendentes de povos escravizados que preservam vínculos territoriais e culturais próprios, conforme analisado por Redvers et al.<sup>3</sup> e amparado pelo marco jurídico do Decreto nº 4.887/2003<sup>4</sup>. Essas comunidades apresentam formas de organização que se refletem na relação com o sistema de saúde, incluindo desigualdades étnico-raciais contextualizadas por Górka<sup>5</sup>.

Atualmente, estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas vivam em mais de 3.200 comunidades certificadas no país, segundo a Fundação Cultural Palmares<sup>6</sup>. A precariedade de infraestrutura — ausência de saneamento, escassez de água e dificuldades na gestão de resíduos — contribui para agravos de saúde, incluindo a bucal, frequentemente tratada de forma centrada na urgência, como apontam Amaral et al.<sup>7</sup> e Dunleavy et al.<sup>8</sup>.

A saúde bucal interfere diretamente em funções como alimentação, comunicação e autoestima; quando negligenciada, produz impactos físicos e emocionais duradouros, evidenciados em estudos com populações quilombolas por Lima<sup>9</sup>, Souza et al.<sup>10</sup>, Mota et al.<sup>11</sup> e Miranda et al.<sup>12</sup>. Persiste ainda a escassez de estudos epidemiológicos específicos e sua invisibilidade nos planejamentos em saúde pública, destacada por Raymundo<sup>13</sup>. No cenário global, o ônus de cárie e doença periodontal segue crescente e desigual, de acordo com Wu et al.<sup>14</sup>.

A condição de saúde bucal no Brasil permanece marcada por desigualdades estruturais. Os levantamentos epidemiológicos nacionais<sup>15,16</sup> mostram que a cárie dentária continua sendo o agravo mais prevalente, afetando principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, enquanto perdas dentárias e edentulismo concentram-se entre adultos e idosos. Embora haja tendência de redução da cárie em algumas faixas etárias, persistem disparidades regionais e socioeconômicas significativas, com piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste e entre populações de menor renda e escolaridade. Esses dados evidenciam que a saúde bucal no país ainda reflete desigualdades históricas e sociais, especialmente em territórios rurais e tradicionais.

O acesso aos serviços odontológicos também apresenta forte desigualdade. Segundo o SB Brasil 2020-2022<sup>16</sup>, grande parte da população brasileira utiliza os serviços apenas em situações de urgência, com predominância de atendimentos motivados por dor e extrações. A proporção de indivíduos que não consultam um dentista há mais de um ano permanece elevada, especialmente entre moradores de áreas rurais, pessoas com baixa escolaridade e grupos étnico-raciais vulnerabilizados. Além disso, a cobertura de ações preventivas e reabilitadoras é limitada, e o uso de prótese dentária continua insuficiente entre adultos e idosos. Esses indicadores reforçam a necessidade de compreender como essas desigualdades se manifestam em populações específicas, como as comunidades quilombolas.

Diante desse contexto, este estudo investigou a condição de saúde bucal, o acesso aos serviços odontológicos e os fatores sociodemográficos associados à assistência em comunidades quilombolas rurais de Irituia, Pará.

## METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como analítico e transversal, de base populacional, voltado para comunidades quilombolas rurais do município de Irituia, nordeste do estado do Pará, Brasil. O delineamento transversal foi escolhido por permitir a análise simultânea das condições de saúde bucal e de variáveis sociodemográficas relevantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS-UFPA), sob o CAAE nº 82862224.4.0000.0018 e parecer nº 7.162.054, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012.

A identificação das comunidades quilombolas certificados foi realizada por meio de registros oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Irituia. A população estimada era de aproximadamente 1.000 habitantes. Considerando nível de confiança de 95%, proporção esperada de 50% e erro amostral de 5%, obteve-se uma amostra de 278 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 10 anos, autodeclaração como quilombola e residência em comunidade certificada há mais de 10 anos. Foram excluídos os indivíduos com menos de 10 anos ou que não atendiam aos critérios de residência.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado em linguagem acessível durante as visitas, garantindo confidencialidade e respeito aos princípios éticos.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2024, conduzida por uma estudante de Odontologia capacitada. As etapas incluíram entrevista estruturada e exame clínico, realizados em domicílio, com instrumentos básicos de avaliação (espelho bucal plano, sonda nº 5, espátula de madeira e EPIs). Os participantes com necessidade de atendimento foram encaminhados às unidades de saúde de referência.

Antes do início da coleta de dados, foi realizada calibração intraexaminador da estudante de Odontologia pelos exames clínicos. Vinte indivíduos foram avaliados em dois momentos, com intervalo de 15 dias, quanto ao número de dentes presentes e à presença de agravos de saúde bucal (cárie, edentulismo e doença periodontal). Os coeficientes Kappa obtidos foram 0,68 para o número de dentes presentes e 0,63 para os agravos bucais, resultando em um Kappa médio de 0,66, o que indica concordância substancial e adequada reprodutibilidade das medidas clínicas utilizadas no estudo.

Para a análise dos dados, a idade foi categorizada em faixas etárias com base em referenciais epidemiológicos utilizados em inquéritos nacionais de saúde bucal<sup>15,16</sup> e em estudos populacionais com grupos vulneráveis. Adotou-se as seguintes categorias: 10-19 anos, 20-59 anos e 60 anos ou mais. Essa classificação reflete ciclos de vida amplamente utilizados em saúde pública (adolescentes, adultos e idosos) e permite captar o caráter cumulativo dos agravos bucais, especialmente perdas dentárias, edentulismo e necessidade de prótese. Embora o critério de inclusão tenha sido idade  $\geq 10$  anos, os indivíduos de 10 a 12 anos foram incluídos na faixa de 10-19 anos, respeitando a coerência epidemiológica da categorização.

As variáveis investigadas no estudo contemplaram aspectos sociodemográficos, tais como sexo, faixa etária, estado conjugal e nível de escolaridade, fundamentais para compreender os perfis de vulnerabilidade presentes nas comunidades quilombolas. Foram também coletadas informações relacionadas ao acesso aos serviços odontológicos, incluindo a frequência de atendimento, o tipo de serviço utilizado (público ou privado) e os principais motivos que levaram à procura por consulta, como dor, tratamento ou prevenção. A avaliação clínica considerou o número de dentes presentes, o uso de prótese dentária, bem como a presença de cárie, edentulismo e sinais de doença periodontal, compondo um panorama detalhado da condição de saúde bucal. Por fim, analisou-se a autopercepção dos participantes quanto ao impacto da saúde bucal em sua vida

cotidiana, com ênfase nas interferências funcionais, sociais e emocionais — como dificuldades ao comer, sorrir, falar, dormir, estudar, trabalhar, praticar atividades físicas e manter o convívio social.

A análise estatística foi realizada no software Jamovi®, versão 2.7.18. Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas, dos indicadores clínicos de saúde bucal (cárie, número de dentes perdidos, edentulismo e uso de prótese) e dos indicadores de acesso aos serviços odontológicos. Em seguida, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar a associação entre o tempo desde a última consulta odontológica (menos de 1 ano/mais de 1 ano) e as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e estado conjugal). Adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para a análise inferencial, foram considerados 235 participantes que já haviam realizado consulta odontológica. Os 43 indivíduos que nunca haviam consultado um dentista foram mantidos apenas na análise descritiva, por não se enquadrarem na variável dependente utilizada no teste de associação. Ainda assim, esse grupo representa um achado epidemiológico relevante, pois evidencia barreiras extremas de acesso à atenção odontológica em territórios rurais e tradicionais.

## RESULTADO

Foram incluídos 278 quilombolas residentes na zona rural de Irituia, Pará, para a caracterização sociodemográfica, do acesso aos serviços odontológicos, da condição clínica de saúde bucal e do impacto na vida diária. Destes, 235 que já haviam realizado consulta odontológica foram considerados na análise inferencial.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (61,9%), com idade média de 38,2 anos, predominando adultos (46,0%). A cor da pele preta foi predominante (99,3%), e 66,2% eram alfabetizados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos quilombolas de Irituia, Pará, Brasil, entre agosto e novembro de 2024 (n = 278)

Característica	n (%)	IC95%
Sexo		
Feminino	172 (61,9)	56,2 – 67,6
Masculino	106 (38,1)	32,4 – 43,8
Faixa etária		
10–19 anos	52 (18,7)	14,2–23,2
20–59 anos	185 (66,5)	61,0–72,0
≥60 anos	41 (14,7)	10,6–18,8
Estado conjugal		
Tem cônjuge	158 (56,8)	51,0 – 62,7
Não tem cônjuge	120 (43,2)	37,3 – 49,0
Cor da pele		
Preta	276 (99,3)	98,3 – 100,0
Não preta	2 (0,7)	0,0 – 1,7
Escolaridade		
Alfabetizado	184 (66,2)	60,6 – 71,7
Não alfabetizado	94 (33,8)	28,3 – 39,4

Fonte: Autor, 2024.

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 84,5% relataram já ter ido ao dentista, embora 51,1% não o fizessem há mais de um ano. O atendimento ocorreu majoritariamente em serviços públicos (68,9%), e o motivo mais frequente da última consulta foi dor ou extração (70,2%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Acesso aos serviços odontológicos dos quilombolas de Irituia, Pará, Brasil, entre agosto e novembro de 2024 (n = 278)

Indicadores de acesso	n (%)	IC95%
Já foi ao dentista		
Sim	235 (84,5)	80,6 – 88,4
Não	43 (15,5)	11,6 – 19,4
Última consulta		
Menos de 1 ano	115 (48,9)	42,9 – 54,9
Mais de 1 ano	120 (51,1)	45,1 – 57,1
Onde ocorreu a última consulta		
Serviço público	162 (68,9)	63,2 – 74,6
Serviço privado	73 (31,1)	25,4 – 36,8
Motivo da última consulta		
Revisão/prevenção	29 (12,3)	8,1 – 16,5
Tratamento	41 (17,4)	12,6 – 22,2
Dor/extração	165 (70,2)	64,6 – 75,8

Observação: Os totais variam em função dos 43 indivíduos que nunca passaram por consulta odontológica.

Fonte: Autor, 2024.

A condição clínica revelou prevalência de cárie em 75,9%, perdas dentárias significativas em 34,2% e edentulismo em 7,9%. Apenas 21,9% relataram uso de prótese dentária (Tabela 3).

Considerando o caráter cumulativo das perdas dentárias, os indicadores clínicos foram analisados segundo faixas etárias. A perda dentária apresentou comportamento progressivo: indivíduos com menos de 15 dentes perderam-se principalmente entre adultos, enquanto perdas superiores a 15 dentes e o edentulismo ocorreram quase exclusivamente entre idosos. Essas informações foram incorporadas à Tabela 3, permitindo melhor compreensão da gravidade dos agravos bucais no ciclo de vida.

**Tabela 3.** Condição clínica de saúde bucal dos quilombolas de Irituia, Pará, Brasil, entre agosto e novembro de 2024 (n = 278)

Indicadores clínicos	n (%)	IC95%	Distribuição por faixa etária
Cárie	211 (75,9)	70,9–80,9	Elevada em todas as faixas; mais acentuada em 20–59 e ≥60
Perda dentária < 15 dentes	95 (34,2)	28,6–39,7	Aumenta com a idade; mais frequente em ≥60
Perda dentária > 15 dentes	22 (7,9)	4,7–11,1	Predominante em ≥60 anos; rara em < 30 anos
Edentulismo	22 (7,9)	4,7–11,1	Quase exclusivo em ≥60 anos
Uso de prótese	61 (21,9)	17,1–26,8	Predominante em ≥60 anos

Fonte: Autor, 2024.

O impacto das condições bucais na vida diária foi relevante: comer (28,3%), sorrir (24,8%) e estado emocional (22,3%) foram os mais afetados, seguidos por falar (19,4%), socialização (17,6%) e dormir (12,6%). Estudar/trabalhar foi afetado em 9,0% e prática de esportes em 1,1% (Tabela 4).

**Tabela 4.** Impacto das condições de saúde bucal na vida diária dos quilombolas de Irituia, Pará, Brasil, entre agosto e novembro de 2024 (n = 278)

Indicador	Sim n (%)	IC95%	Não n (%)	IC95%	Não sabe n (%)
Comer	73 (28,3)	22,7 – 33,9	205 (73,7)	68,1 – 79,3	–
Estado emocional	62 (22,3)	17,2 – 27,4	213 (76,6)	71,6 – 81,6	3 (1,1)
Socialização	49 (17,6)	12,9 – 22,3	228 (82,0)	77,3 – 86,7	1 (0,4)
Prática de esportes	3 (1,1)	0,0 – 2,3	274 (98,6)	97,7 – 100,0	1 (0,4)
Falar	54 (19,4)	14,6 – 24,2	223 (80,2)	75,4 – 85,0	1 (0,4)
Sorrir	69 (24,8)	19,5 – 30,1	207 (74,5)	69,3 – 79,7	2 (0,7)
Estudar ou trabalhar	25 (9,0)	5,6 – 12,4	252 (90,6)	87,2 – 94,4	1 (0,4)
Dormir	35 (12,6)	8,6 – 16,6	242 (87,1)	83,0 – 91,2	1 (0,4)

Observação: Não foram calculados intervalos de confiança para “Não sabe”, mantendo apenas frequência absoluta e relativa.

Fonte: Autora, 2024.

Na análise inferencial (n = 235), observou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de acesso odontológico e sexo (p = 0,001), faixa etária (p < 0,001) e escolaridade (p < 0,001). Não foram identificadas associações com estado conjugal (p = 0,231) ou cor da pele (p = 0,327).

## DISCUSSÃO

Os resultados mostraram elevada prevalência de cárie, perdas dentárias e baixa cobertura de reabilitação protética, além de acesso irregular aos serviços odontológicos. Esse padrão de atendimento centrado em urgência, com predominância de extrações, confirma a invisibilidade das populações tradicionais nos sistemas de saúde, como discutido por Chamut et al.<sup>2</sup> e Redvers et al.<sup>3</sup>.

A estratificação dos indicadores clínicos por faixa etária evidencia que os agravos bucais observados nas comunidades quilombolas de Irituia são superiores aos registrados nos levantamentos nacionais. No SB Brasil 2010<sup>15</sup> e no SB Brasil 2020-2022<sup>16</sup>, adolescentes apresentaram prevalência de cárie inferior à observada neste estudo, enquanto adultos e idosos mostraram perdas dentárias e edentulismo em níveis menores do que os encontrados entre os quilombolas. Esses achados reforçam o caráter cumulativo e desigual das doenças bucais, especialmente em territórios rurais e tradicionais, onde o acesso regular à atenção odontológica é limitado.

O impacto funcional e psicossocial da saúde bucal foi evidente, afetando alimentação, comunicação e autoestima, em consonância com os achados de Amaral et al.<sup>7</sup> sobre desigualdades estruturais relacionadas à cárie. Revisões nacionais também apontam prevalências elevadas de agravos bucais em quilombolas, como descrito por Lima et al.<sup>9</sup>, Souza et al.<sup>10</sup>, Mota et al.<sup>11</sup>, Miranda et al.<sup>12</sup> e Silva et al.<sup>17</sup>, reforçando que se trata de um problema persistente e amplamente documentado.

A associação entre escolaridade, idade e sexo com o acesso odontológico confirma o papel dos determinantes sociais da saúde, em consonância com análises de Mota et al.<sup>11</sup> e Luan et al.<sup>1</sup>. A invisibilidade das comunidades quilombolas nos planejamentos em saúde pública, destacada por Raymundo<sup>13</sup>, também se reflete nos achados deste estudo.

No cenário internacional, padrões semelhantes de desigualdade em saúde bucal foram relatados por Wu et al.<sup>14</sup>, reforçando que o problema é estrutural e global. As implicações práticas incluem o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, como demonstrado por Lopes et al.<sup>18</sup>, e o protagonismo das lideranças quilombolas, fundamentais para garantir ações preventivas culturalmente adequadas.

Apesar das limitações do desenho transversal, que permite apenas identificar associações, a amostra probabilística e o rigor metodológico conferem robustez aos resultados.

## CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que os quilombolas de Irituia enfrentam barreiras estruturais e sociais que comprometem o acesso à saúde bucal, refletindo desigualdades históricas e persistentes. Foi observada elevada prevalência de cárie dentária, perdas dentárias significativas e baixa cobertura de reabilitação protética, com impacto funcional e psicossocial na vida cotidiana. Este estudo amplia o conhecimento científico sobre a saúde bucal em populações tradicionais e destaca a necessidade urgente de políticas públicas intersetoriais que promovam equidade e atenção integral às comunidades quilombolas.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Maria Polliana Gomes da Costa: Concepção do estudo, Coleta e análise de dados, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

Pedro Luiz de Carvalho: Concepção do estudo, Coleta e análise de dados, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

Wagner Almeida de Andrade: Concepção do estudo, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

João Marcelo Ferreira de Medeiros: Concepção do estudo, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

Mateus Dias Aranha: Concepção do estudo, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

Manoel Júnior Ferreira Mendes: Concepção do estudo, Redação inicial do manuscrito, Revisão crítica, Aprovação da versão final.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem às comunidades quilombolas de Irituia pela acolhida e participação no estudo, bem como às lideranças comunitárias que facilitaram o acesso aos territórios.

## REFERÊNCIAS

1. Luan Y, Sardana D, Jivraj A, Liu D, Abeyweera N, Zhao Y, et al. Universal coverage for oral health care in 27 low-income countries: a scoping review. *Glob Health Res Policy*. 2024 Sep;9(1):34. <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00376-9>. PMID:39252095.
2. Chamut S, Alhassan M, Hameedaldeen A, Kaplish S, Yang AH, Wade CG, et al. Every bite counts to achieve oral health: a scoping review on diet and oral health preventive practices. *Int J Equity Health*. 2024 Dec;23(1):261. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02279-0>. PMID:39623427.
3. Redvers N, Aubrey P, Celidwen Y, Hill K. Indigenous peoples: traditional knowledges, climate change, and health. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Oct;3(10):e0002474. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002474>. PMID:37831713.

4. 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. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 21 nov. 2003 [citado em 2025 Dez 5]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm)
5. Górka K. Colonial shadows: a systematic review of the Xavante health transformation. *Int J Equity Health*. 2025 Mar;24(1):81. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02430-5>. PMID:40119349.
6. Brasil. Fundação Cultural Palmares. Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) [Internet]. Brasília: Ministério da Cultura; 2018 [citado em 2025 Dez 5]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf>
7. Amaral OL Jr, Braccini Fagundes ML, Hugo FN, Kassebaum NJ, Amaral Giordani JM. Structural determinants of inequalities in untreated dental caries in the Global Burden of Disease Study. *PLoS One*. 2025 Jun;20(6):e0325138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325138>. PMID:40460178.
8. Dunleavy G, Verma N, Raghupathy R, Jain S, Hofmeister J, Cook R, et al. Inequalities in oral health: estimating the longitudinal economic burden of dental caries by deprivation status in six countries. *BMC Public Health*. 2024 Nov;24(1):3239. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20652-0>. PMID:39574014.
9. Lima IAB, Souza LA, Garcia LG, Silva LS No, Maciel ES. Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática. *Com Cienc Saude*. 2021;32(2):29-38. <https://doi.org/10.51723/ccs.v32i02.709>.
10. Souza MFNS, Sandes LFF, Araújo AMB, Freitas DA. Self-perception and popular practices of oral health among black slave descendants elderly women in Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018 Jan-Dez;13(40):1-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1697](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1697).
11. Mota AN, Maciel ES, Quaresma FRP, Araújo FA, Sousa LVA, Macedo H Jr, et al. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(2):302-9.
12. Miranda LP, Oliveira TL, Queiroz PSF, Oliveira PSD, Fagundes LS, Rodrigues JF No. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(2):e200146. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200146>.
13. Raymundo MLB. Saúde bucal de povos e comunidades tradicionais do Brasil: revisão de escopo e inquérito epidemiológico em território quilombola [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2023.
14. Wu J, Chen J, Lv C, Zhou L. Global, regional, and National levels and trends in burden of dental caries and periodontal disease from 1990 to 2035: result from the global burden of disease study 2021. *BMC Oral Health*. 2025 May;25(1):844. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06108-w>. PMID:40442655.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2025 Dez 5]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SB Brasil 2020-2022: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 2025 Dez 5]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/sb\\_brasil\\_2020\\_projeto\\_tecnico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/sb_brasil_2020_projeto_tecnico.pdf)
17. Silva AR So, Araújo FAC, Lima NLB, Ferreira SJ, Sette-de-Souza PH. Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: uma revisão de escopo. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e134.
18. Lopes CB, Santos PHB, Moimaz SAS, Saliba TA. Condições de saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos dos quilombolas: uma revisão integrativa. *Rev Gest Secretariado*. 2024;15(1):1071-83. <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i1.3406>.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesses de natureza política, financeira, institucional ou relacionada à provisão de materiais e equipamentos utilizados neste estudo.

## **DISPONIBILIDADE DE DADOS**

As fontes de informação utilizadas no estudo estão indicadas no corpo do artigo.

## **\*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

Pedro Luiz de Carvalho, UFPA – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia, Rua Augusto Corrêa 1, Guamá, 66075-110 Belém - PA, Brasil, e-mail: pedrolc@ufpa.br

Recebido: Dezembro 5, 2025

Aprovado: Março 7, 2026

Editado por

Editor: Maria Cristina Teixeira Cangussu