UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

SAÚDE BUCAL DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS DO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO E INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO EM TERRITÓRIO QUILOMBOLA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Maria Letícia Barbosa Raymundo

2023

MARIA LETICIA BARBOSA RAYMUNDO

SAÚDE BUCAL DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS DO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO E INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO EM TERRITÓRIO QUILOMBOLA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

ORAL HEALTH OF TRADITIONAL PEOPLES AND COMMUNITIES IN BRAZIL: SCOPE REVIEW AND EPIDEMIOLOGICAL SURVEY IN QUILOMBOLA TERRITORY IN THE CITY OF JOÃO PESSOA-PB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti

João Pessoa

2023

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
2023

Aos treze dias do mês de novembro do ano de 2023, às 14:00 horas, no labotarório de odontologia digital, reuniram-se os membros da banca examinadora composta pelas professores doutores: YURI WANDERLEY CAVALCANTI (Orientador e Presidente), ANA MARIA GONDIM VALENÇA (membro externo ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) e RAFAEL AIELLO BOMFIM (membro externo ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) a fim de arguirem o(a) mestrando(a) MARIA LETÍCIA BARBOSA RAYMUNDO, com relação ao seu trabalho final de curso de mestrado (dissertação), sob o título "Saúde Bucal de Povos e Comunidades Tradicionais do Brasil: revisão de escopo e inquérito epidemiológico em território quilombola na cidade de João Pessoa-PB". Aberta a sessão pelo presidente da mesma, coube o(a) candidato(a), na forma regimental, expor o tema de sua dissertação, dentro do tempo regulamentar. Em seguida, foi questionado pelos membros da banca examinadora, sendo as explicações necessárias fornecidas e as modificações solicitadas registradas. Logo após, os membros da banca examinadora reuniram-se em sessão secreta, tendo chegado ao seguinte julgamento, que, de público, foi anunciado: 1° Examinador (membro externo): Conceito "Aprovado"; 2° Examinador (membro externo): Conceito "Aprovado, 3° Examinador (Orientador e presidente): Conceito "Aprovado". O que resultou em conceito final igual: "APROVADO", o que permite o(a) candidato(a) fazer jus ao título de Mestre em Odontologia. Os documentos utilizados para avaliação da candidata durante o processo aqui descrito apresentam-se como prova documental do mesmo e, como tal, serão anexadas a esta ata para arquivamento. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que será assinada pelo presidente, pelos demais membros da banca e pelo(a) candidato (a).

gov.br Documento assinado digitalmente
RAFAEL AIELLO BOMFIM
Data: 13/11/2023 17:08:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

1° Examinador – Membro Externo

2° Examinador – Membro externo

3° Examinador – Presidente

Candidato (a)

Digitalizado com CamScanner

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
(DOCUMENTO ANEXO – 1)

A Comissão Examinadora do Trabalho Final (dissertação) de Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, em sessão pública, após apreciação da apresentação oral e arguição do trabalho:

CANDIDATO: MARIA LETÍCIA BARBOSA RAYMUNDO
ORIENTADOR: Prof. Dr. YURI WANDERLEY CAVALCANTI

BANCA EXAMINADORA:
1° Examinador: Prof. Dr. RAFAEL AIELLO BOMFIM (Membro Externo)
2° Examinador: Prof. Dr. ANA MARIA GONDIM VALENÇA (Membro Interno)
3° Examinador: Prof. Dr. YURI WANDERLEY CAVALCANTI Valença (orientador e presidente)

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "Saúde Bucal de Povos e Comunidades Tradicionais do Brasil: revisão de escopo e inquérito epidemiológico em território quilombola na cidade de João Pessoa-PB".

Houve sugestão de alteração do título do trabalho final? ( )Sim (X)Não

Se sim, qual o novo título sugerido?

_____

_____

_____

no dia 13 de novembro de 2023, e observando o que determina a Resolução do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Odontologia atribuem o conceito final:
(X) Aprovado ( ) Insuficiente ( ) Reprovado
ao candidato o que lhe permitirá fazer jus ao título de Mestre em Odontologia, após a tramitação pertinente.

gov.br Documento assinado digitalmente
RAFAEL AIELLO BOMFIM
Data: 13/11/2023 17:05:40-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

1° Examinador – Membro Externo

2° Examinador – Membro Externo

3° Examinador – Presidente

Digitalizado com CamScanner

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
2023

Aos treze dias do mês de novembro do ano de 2023, às 14:00 horas, no labotarório de odontologia digital, reuniram-se os membros da banca examinadora composta pelas professores doutores: YURI WANDERLEY CAVALCANTI (Orientador e Presidente), ANA MARIA GONDIM VALENÇA (membro externo ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) e RAFAEL AIELLO BOMFIM (membro externo ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) a fim de arguirem o(a) mestrando(a) MARIA LETÍCIA BARBOSA RAYMUNDO, com relação ao seu trabalho final de curso de mestrado (dissertação), sob o título "Saúde Bucal de Povos e Comunidades Tradicionais do Brasil: revisão de escopo e inquérito epidemiológico em território quilombola na cidade de João Pessoa-PB". Aberta a sessão pelo presidente da mesma, coube o(a) candidato(a), na forma regimental, expor o tema de sua dissertação, dentro do tempo regulamentar. Em seguida, foi questionado pelos membros da banca examinadora, sendo as explicações necessárias fornecidas e as modificações solicitadas registradas. Logo após, os membros da banca examinadora reuniram-se em sessão secreta, tendo chegado ao seguinte julgamento, que, de público, foi anunciado: 1° Examinador (membro externo): Conceito "Aprovado"; 2° Examinador (membro externo): Conceito "Aprovado, 3° Examinador (Orientador e presidente): Conceito "Aprovado". O que resultou em conceito final igual: "APROVADO", o que permite o(a) candidato(a) fazer jus ao título de Mestre em Odontologia. Os documentos utilizados para avaliação da candidata durante o processo aqui descrito apresentam-se como prova documental do mesmo e, como tal, serão anexadas a esta ata para arquivamento. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que será assinada pelo presidente, pelos demais membros da banca e pelo(a) candidato (a).

gov.br Documento assinado digitalmente
RAFAEL AIELLO BOMFIM
Data: 13/11/2023 17:08:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

1° Examinador – Membro Externo

2° Examinador – Membro externo

3° Examinador – Presidente

Candidato (a)

Digitalizado com CamScanner

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BIBLIOTECÁRIO:

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R273s Raymundo, Maria Letícia Barbosa.
Saúde bucal de povos e comunidades tradicionais do Brasil : revisão de escopo e inquérito epidemiológico em território quilombola na cidade de João Pessoa-PB / Maria Letícia Barbosa Raymundo. - João Pessoa, 2023.
107 f. : il.

Orientação: Yuri Wanderley Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde bucal - Pessoas indígenas. 2. Saúde bucal - Quilombolas. 3. Saúde bucal - Cárie dentária. 4. Índice CPO-D. I. Cavalcanti, Yuri Wanderley. II. Título.

UFPB/BC CDU 616.314-083(043)

Elaborado por ANNA REGINA DA SILVA RIBEIRO - CRB-15/24

Informações Complementares:

Título em outro idioma: Oral health of Traditional Peoples and Communities in Brazil: scope review and epidemiological survey in quilombola territory in the city of João Pessoa-PB

Palavras-chave em outro idioma: DMF Index. Health Status Disparities. Indigenous Peoples. Dental Health Survey.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia

Banca examinadora: Yuri Wanderley Cavalcanti (Orientador, UFPB); Edson Hilan Gomes de Lucena (UFPB); Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa (UFPB); Rafael Aiello Bomfim (UFMS); Ana Maria Gondim Valença (UFPB); Antonio Carlos Pereira (UNICAMP)

Data do exame de qualificação: 16-10-2023

Informações acadêmicas e profissionais do(a) aluno(a)

- ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5560-2223
- Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4169163280396604

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por ter sido minha base em todos os momentos. Meus pais, por terem investido na minha educação, por todo amor e colo. Por terem me criado para o mundo, mas sempre lembrando que eu tenho uma casa para voltar. Agradeço por terem respeitado minhas escolhas de vida e minhas escolhas profissionais. Agraço também ao meu irmão, pelo companheirismo, carinho e por me fazer querer lutar por um mundo melhor.

Agradeço a Davi, por toda paciência, amor e cumplicidade. Por acompanhar todo processo de perto sempre me motivando, me ouvindo e me acolhendo.

Aos meus amigos, agradeço especialmente à Tainá, uma irmã que a vida me deu. A pessoa que sei pra quem posso compartilhar tudo sem julgamento, que me acompanha, sempre presente nos meus dias. A Rênnis, por sempre me apontar o caminho de forma prática, por me deixar à vontade pra dividir minhas inseguranças e frustrações. À Elza, pela amizade que nasceu ao compartilharmos o projeto de pesquisa, por todos os perrengues durante a coleta dos dados, e pelo carinho que vai perdurar para além da trajetória acadêmica.

Ao meu grupo de amigas da graduação, Alice, Bia e Duda, que mesmo distantes, se fazem presente, me apoiando em todas as etapas.

Agradeço a todo o corpo docente do PPGO-UFPB, por terem contribuído na minha formação, e ao grupo de pesquisa GTESB. Em especial, agradeço a Yuri pela amizade, pela parceria de vários anos, pelo tempo investido na minha orientação e formação. Por sempre acreditar que eu posso mais e por abraçar minhas ideias.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES, ao PPGO-UFPB e à Universidade Federal da Paraíba, pelo apoio institucional recebido.

RESUMO

Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) do Brasil são afetados pelas iniquidades em saúde e, consequentemente, em saúde bucal. O levantamento de informações epidemiológicas acerca do estado de saúde bucal é o passo inicial para tornar a situação epidemiológica visível. O objetivo desta dissertação foi elucidar a condição de saúde de PCT e, para isso, foram desenvolvidos dois planos de trabalho. O primeiro plano de trabalho consistiu em elaborar e desenvolver o protocolo de uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as evidências disponíveis sobre as pesquisas de saúde bucal dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) no Brasil, por meio de estudos primários, respondendo à seguinte pergunta: "Quais evidências estão disponíveis sobre os inquéritos de saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil?". Foi realizada a revisão de escopo considerando a estratégia Problema, Conceito e Contexto, conforme estabelecido pelo Instituto Joanna Briggs. A estratégia de busca considerou termos do Medical Subject Headings, sinônimos e termos livres relevantes sobre inquéritos epidemiológicos em saúde bucal e PCT no Brasil, nas bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science e Embase. As buscas bibliográficas foram atualizadas até julho de 2023. Na primeira etapa do processo de seleção dos estudos, foram encontradas um total de 401 citações. Desses 401 estudos, 211 foram removidos por duplicidade. Com base no título, resumo e palavras-chave, foram removidos 136 estudos que reportavam dados secundários ou estudos inespecíficos e não representativos para os PCT. Na segunda etapa de seleção, 61 estudos foram lidos na íntegra e 39 foram incluídos na revisão. Ocorreu a inserção de forma manual de 2 estudos. Os estudos incluídos foram publicados entre os anos 1968 e 2023. Do total, 31 estudos investigaram a condição de saúde bucal de povos indígenas, 7 foram estudos sobre comunidades quilombolas, e 3 estudos de povos ribeirinhos. Não foram localizados na busca estudos sobre povos ciganos. Todos os estudos foram do tipo transversal. A maior parte localizados nas regiões Nordeste (n=12) do país, avaliando a cárie dentária como principal agravo de saúde bucal (n=13), por meio de exames clínicos (n=25), sendo verificada sua alta prevalência entre os PCT (n=11). A revisão realizada revela que, no Brasil, os estudos acerca da saúde bucal de PCT estão em curso, embora ocorram de forma isolada e independente,

e indicam que a prevalência de problemas bucais é consideravelmente alta nessas comunidades. No segundo plano de trabalho, foi realizado um inquérito epidemiológico transversal, de base populacional em um território quilombola no município de João Pessoa-PB, com crianças de 4 a 8 anos. O objetivo foi avaliar a prevalência da cárie dentária por meio de exames intrabucais, e seus fatores associados, como fatores sociodemográficos e socioeconômicos, e fatores nutricionais, medidos por meio do potencial cariogênico da dieta. Foram utilizados os índices ceo-s (superfícies cariadas, extraídas e obturadas) e CPO-S (superfícies cariadas, perdidas por cárie e obturadas). Além disso, foi utilizado o Índice pufa/PUFA, que *apresenta medidas que quantificam a prevalência e gravidade das condições bucais resultantes da cárie dentária não tratada.* Foram realizados exames em 146 crianças no território quilombola. Do total de famílias que participaram do estudo, apenas 46,3% (n=62) se autoatribuíram como quilombolas. Com relação à cor da pele, 63,2% (79) das crianças são pardas. Com relação à condição socioeconômica, 69,7% (n=83) têm a renda menor que um salário mínimo, 67,4% (n=95) recebem algum benefício assistencial do governo e as famílias possuem em média de 4 (±1,38) pessoas por residência. No modelo de regressão multinível de Poisson, utilizando idade, sexo e recebimento de benefício assistencial como cluster, foi verificados os fatores associados à experiência de cárie dentária, prevalência de cárie não tratada e o índice PUFA. Crianças de famílias quilombolas declaradas não brancas têm a prevalência 5,69 vezes maior de experiência de cárie dentária (RP =5,69, IC95% 3,2 a 10,11). As de famílias quilombolas e que possuem dieta cariogênica tem a prevalência 1,84 vezes maior de cárie (RP=1,84, IC95% 1,04 a 3,26). Dessa forma, crianças de famílias quilombolas, não brancas e com dieta cariogênica tem maior prevalência de experiência de cárie dentária, evidenciando a influência de fatores sociais e suas interseccionalidades na saúde bucal. Além disso, são necessários mais estudos sobre quilombolas para trazer visibilidade a esse grupo.

Palavras-chave: Índice CPO-D. Disparidades no estado de saúde. Pessoas indígenas. Pesquisa de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Traditional Peoples and Communities (PCT) in Brazil are affected by health inequities, including oral health. Gathering epidemiological information about the oral health status is the initial step in making the epidemiological situation visible. The objective of this dissertation was to elucidate the health condition of PCT, and for this purpose, two work plans were developed. The first work plan involved designing and developing a scoping review protocol with the aim of mapping the available evidence on oral health research among Traditional Peoples and Communities (PCT) in Brazil through primary studies, addressing the following question: "What evidence is available regarding oral health surveys of Traditional Peoples and Communities in Brazil?". The scoping review was conducted following the Problem, Concept, and Context strategy, as established by the Joanna Briggs Institute. The search strategy included Medical Subject Headings terms, synonyms, and relevant free terms related to epidemiological surveys on oral health and PCT in Brazil, across the MEDLINE/PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science, and Embase databases. The bibliographic searches were updated until July 2023. In the first stage of the study selection process, a total of 401 citations were found. Among these 401 studies, 211 were removed due to duplication. Based on the title, abstract, and keywords, 136 studies were excluded because they reported secondary data or were non-specific and non-representative of PCT. In the second selection stage, 61 studies were read in full, and 39 were included in the review. Two studies were manually added. The included studies were published between 1968 and 2023. Of these, 31 studies investigated the oral health condition of indigenous peoples, 7 were about quilombola communities, and 3 were about riverine peoples. No studies about Romani communities were found in the search. All studies were cross-sectional in nature, with the majority located in the Northeast region of the country (n=12), assessing dental caries as the primary oral health issue (n=13) through clinical examinations (n=25), with a high prevalence observed among PCT (n=11). The review conducted reveals that in Brazil, studies on the oral health of PCT are ongoing, albeit in an isolated and independent manner, indicating a considerably high prevalence of oral health problems in these communities. In the second work plan, a population-based cross-sectional epidemiological survey was conducted in a quilombola territory in the municipality of João Pessoa, Paraíba, with children

aged 4 to 8 years. The objective was to assess the prevalence of dental caries through intraoral examinations and its associated factors, including sociodemographic and socioeconomic factors and nutritional factors measured through the cariogenic potential of the diet. The ceo-s (decayed, extracted, filled surfaces) and CPO-S (decayed, missing due to caries, filled surfaces) indices were used, along with the pufa/PUFA index, which quantifies the prevalence and severity of untreated dental caries-related oral conditions. Examinations were conducted on 146 children in the quilombola territory. Among the families who participated in the study, only 46.3% (n=62) self-identified as quilombolas. Regarding skin color, 63.2% (79) of the children were of mixed race. In terms of socioeconomic status, 69.7% (n=83) had income below the minimum wage, 67.4% (n=95) received government assistance, and the average household size was 4 (±1.38) individuals. In the Poisson multilevel regression model, using age, sex and receipt of assistance benefits as clusters, factors associated with the experience of dental caries, prevalence of untreated caries and the PUFA index were verified. Children from quilombola families declared non-white have a 5.69 times higher prevalence of experiencing tooth decay (PR =5.69, 95%CI 3.2 to 10.11). Those from quilombola families who have a cariogenic diet have a 1.84 times higher prevalence of cavities (PR=1.84, 95%CI 1.04 to 3.26). Therefore, children from quilombola, non-white families and those with a cariogenic diet have a higher prevalence of experiencing tooth decay, highlighting the influence of social factors and their intersectionalities on oral health. Furthermore, more studies on quilombolas are needed to bring visibility to this group.

Keywords: DMF Index. Health Status Disparities. Indigenous Peoples. Dental Health Survey.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
3. Artigo I	18
4. Artigo II	28
5. Artigo III	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAIS	83
ANEXO I	86
ANEXO II	98

1. INTRODUÇÃO

Os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) do Brasil são grupos culturalmente distintos que se identificam como tais. Eles possuem formas próprias de organização social e dependem dos territórios e recursos naturais para sua sobrevivência cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos transmitidos pela tradição (Brasil, 2007). Esses grupos incluem os povos indígenas, povos ribeirinhos, povos ciganos e quilombolas, todos abrangidos pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que reconhece a influência das condições econômicas, sociais, culturais e ambientais na saúde dessas comunidades (Brasil, 2013).

Apesar da política ter como objetivo a consolidação, análise e divulgação de dados estratificados sobre essas populações nos sistemas de informação em saúde, os PCT continuam invisíveis nesses sistemas (Soares et al., 2019; Mota et al., 2021), especialmente no campo da saúde bucal. Levantamentos e inquéritos de saúde bucal são ferramentas importantes para coletar informações sobre problemas específicos em uma população (Pereira et al., 2009). Embora tenham sido realizados quatro inquéritos representativos da população brasileira, esses não forneceram evidências sobre a saúde bucal dos PCT (Brasil, 2012; Brasil, 2004; Brasil, 1988).

Considerando que os problemas de saúde bucal são uma questão de saúde pública significativa (Lucena et al., 2021), e que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) estabeleceu um plano de ação para enfrentá-los, é fundamental obter dados sobre a saúde bucal dos PCT. O uso de informações epidemiológicas, obtidas por meio de inquéritos, é recomendado pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e pela Lei 14.572/23, que preconiza a organização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde bucal (Brasil, 2023; Brasil, 2004).

Portanto, foi necessário desenvolver um estudo que buscasse na literatura as lacunas acerca de inquéritos epidemiológicos disponíveis sobre a saúde bucal dos PCT e conduzir um inquérito epidemiológico com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico de um grupo tradicional vulnerável no município de João Pessoa-PB. Além disso, é importante identificar a extensão dos problemas de saúde bucal, explorar as iniquidades associadas ao processo saúde-doença e

investigar as teorias causais dos desfechos de saúde bucal nesses povos (Bastos et al., 2007). Tendo em vista que a identificação dos aspectos da estrutura social e as lacunas nos cuidados e acesso aos serviços de saúde podem ser importantes para fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas (Brasil, 2021), o objetivo desta dissertação foi elucidar a condição de saúde bucal de PCT e, para isso, foram desenvolvidos dois planos de trabalho. O primeiro plano de trabalho consistiu em elaborar e desenvolver o protocolo e uma revisão de escopo, com o objetivo de mapear as evidências disponíveis sobre as pesquisas de saúde bucal dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) no Brasil, por meio de estudos primários, respondendo à seguinte pergunta: "Quais evidências estão disponíveis sobre as pesquisas de saúde bucal dos Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil?". E o segundo plano de trabalho teve como objetivo descrever a condição de saúde bucal de crianças do território quilombola da Comunidade Quilombola de Paratibe, localizado no Nordeste brasileiro, e verificar os fatores associados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) do Brasil

O Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) do Brasil possuem uma história econômica, política e cultural profundamente enraizada na concentração de terra, riqueza, uso de recursos naturais, sistema de escravidão e marginalização social, mas também, paralelamente, essa narrativa é marcada por episódios de conflitos e lutas populares de resistência. São grupos de notável diversidade étnica, cultural e socioeconômica, abrangendo uma ampla gama de raças, etnias, religiões, sistemas de produção (Brasil, 2013).

Cerca de 750.000 famílias quilombolas, indígenas, ribeirinhas e ciganas estão registradas no Cadastro Único (Brasil, 2023), ferramenta utilizada para participar de programas sociais do governo, como o Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo. No que diz respeito às comunidades quilombolas, um dos principais grupos dos PCT, foram mapeados, em todo território nacional, 5.972 territórios quilombolas, sendo 38 remanescentes localizados no estado da Paraíba, reconhecidos pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Estima-se que 2.400 famílias vivem em territórios quilombolas na Paraíba, que se estendem do sertão ao litoral do estado (Fundação Cultural Palmares, 2022). De acordo com o último censo realizado pelo IBGE, a população indígena representa, 0,83% da população brasileira. No estado da Paraíba, houve um aumento de 20,35% entre 2010 e 2022, totalizando 30.140 pessoas autodeclaradas como indígenas no estado (IBGE, 2023). O povo Tabajara ocupa toda a Região Metropolitana de João Pessoa, os municípios do Conde, Alhandra, Pitimbu, Baía da Traição, Cabedelo.

Os PCT detêm um profundo conhecimento sobre seus ecossistemas, sistemas de medicina tradicional e modos de vida que são fundamentais para a compreensão da complexa interação entre seres humanos e o meio ambiente. Estudos de saúde envolvendo PCT desempenham um papel de elevada relevância na saúde pública. E devem possibilitar uma análise aprofundada das singularidades das condições de saúde e desafios enfrentados por essas populações, frequentemente marginalizadas.

Políticas de Saúde para PCT

Historicamente, os PCT sofrem com vulnerabilidades sociais de ordem econômica, cultural, política e ambiental (Da Silva et al, 2020; Soares, 2019). Esse conjunto de vulnerabilidades compõem os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (Dalhgren e Whitehead, 1991) e também pode ser identificados como marcadores sociais da diferença (Zamboni, 2014) que exercem influência direta e indireta sobre a qualidade de vida, e estão associados às diferentes maneiras de adoecer (Brasil, 2013). A saúde bucal, por ser parte integrante da saúde geral, experimenta das mesmas influências, além de ser um fator determinante para a qualidade de vida (Da Silva et al., 2020), e se destaca por acompanhar o chamado gradiente social, onde há uma relação direta entre a posição socioeconômica ocupada pelo indivíduo e sua condição de saúde (Watt et al., 2018).

As comunidades tradicionais, por muitos anos, estiveram localizadas principalmente nas áreas rurais, longe dos centros urbanos, vivendo num relativo grau de isolamento geográfico, em locais de difícil acesso e de desassistência (Batista e Rocha, 2020). Hoje, apesar de o processo de urbanização ter feito com que muitas destas comunidades passassem a estar inseridas próximas aos centros urbanos, causando modificação nos seus modos de vida (Zank et al, 2016), essas comunidades são marcadas por processos históricos de discriminação e exclusão e vivenciam uma realidade socioeconômica marginalizada em relação à população brasileira em geral.

Existem políticas específicas, como a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (Portaria GM/MS nº 992 de 2009), Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 254 de 2002) e a Política Nacional de Saúde Integral da Populações do Campo e da Floresta (Portaria 2.866 de 2011), que tem por objetivo garantir a equidade no direito à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos, bem como, o compromisso político de garantir o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, incluindo as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações.

No entanto, essas políticas não abrangem a saúde bucal das comunidades. Além disso, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004) e a

Lei 14.572/23 (Brasil, 2023), que dispõe sobre a saúde bucal da população brasileira no que diz respeito a melhoria do acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal e promoção à prevenção de doenças bucais, não versa sobre as particularidades de saúde bucal de PCT.

Outro ponto é a ausência de sistemas de informação específicos em saúde bucal para PCT. A falta desses dados é um obstáculo importante para a obtenção de informações precisas e atualizadas sobre a prevalência de doenças bucais e os determinantes sociais e culturais que afetam esses grupos, dificultando o planejamento de políticas e ações de saúde. Além disso, escassez de estudos e revisões abrangentes sobre a saúde bucal de PCT no Brasil é uma lacuna significativa no conhecimento científico.

Saúde de quilombolas

De acordo com o Estudo Censitário da População Quilombola, realizado pelo governo do estado da Paraíba no ano de 2012, existiam cinco Unidades de Saúde da Família localizadas em territórios quilombolas, cobrindo apenas 49,45% da população quilombola, enquanto a cobertura em saúde pela Estratégia de Saúde da Família no estado da Paraíba no referido ano era de 92,59% (Governo Do Estado Da Paraíba, 2012). Apesar do acesso aos serviços de saúde bucal terem aumentado no Brasil, as desigualdades sociais e regionais ainda são marcantes e determinantes para comunidades tradicionais (Carneiro et al., 2019; Brasil, 2013).

Os estudos disponíveis demonstram que esse grupo ainda vive em situação de vulnerabilidade, fruto do processo histórico de escravização, que acarretou desigualdades sociais e de saúde, menor acesso a bens e serviços. As comunidades quilombolas sofrem com o forte impacto da desigualdade social (Da Silva et al, 2020; Duran e Heideman, 2019; Gomes et al, 2013).

Estudos recentes têm mostrado que os principais agravos bucais estudados na população quilombola foram a prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário, alta prevalência de hipomineralização molarincisivo, extrações dentárias autorreferidas e seus fatores associados, e impacto negativo das condições de saúde bucal na qualidade de vida (Dourado et al., 2021; França et al., 2021; Da Silva et al., 2020; Araújo et al., 2020). Apesar de

terem sido estudos que investigaram especificamente a condição de saúde bucal de comunidades quilombolas, eles não consideram os principais agravos bucais avaliados na população em geral, como a cárie dentária, por exemplo.

Outro ponto importante a ser incrementado na análise sobre a saúde de quilombolas, diz respeito à definição étnico-racial. Assim como a maior parcela da população brasileira, o território quilombola, é majoritariamente composta por pessoas negras. Apesar de não haver um sistema consolidado no Brasil de segregação racial, a população negra sofre sistematicamente maior desvantagem socia, e como construto social, a raça tem importante impacto sobre a saúde (Barata, 2020).

3. ARTIGO I

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico “BMJ Open” e aceito na data de 28/06/2023 e está disponível no link: https://bmjopen.bmj.com/content/13/7/e074620.long

ORAL HEALTH SURVEYS OF TRADITIONAL PEOPLES AND COMMUNITIES IN BRAZIL: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

Maria Letícia Barbosa Raymundo - https://orcid.org/0000-0002-5560-2223 - marialetciabarbosa@gmail.com[1]

Elza Cristina Farias de Araújo - https://orcid.org/0000-0002-8303-8914 - ecfaraujo@hotmail.com[1]

Rênnis Oliveira da Silva - https://orcid.org/0000-0001-8413-8071 - rennisilva@gmail.com[1]

Bianca Marques Santiago - https://orcid.org/0000-0001-9559-913X - bianca.santiago@yahoo.com.br[1]

Thiago Isidro Vieira - https://orcid.org/0000-0003-4824-9131 - thiago.isidro@gmail.com[1]

Simone Alves de Sousa – https://orcid.org/0000-0002-3254-9036 - simonealvess.sousa@gmail.com[1]

Edson Hilan Gomes de Lucena - https://orcid.org/0000-0003-3431-115X - ehglucena@gmail.com[1]

Yuri Wanderley Cavalcanti - https://orcid.org/0000-0002-3570-9904q - yuri.wanderley@yahoo.com[1]

[1]Department of Clinical and Social Dentistry. Federal University of Paraiba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brazil.

ABSTRACT

Objective: The objective of this review protocol is to map the available evidence regarding all the oral health surveys of Traditional Peoples and Communities (TPC) in Brazil. Methods and analysis: The review question of the protocol is: “What evidence is available on the oral health surveys of Traditional Peoples and Communities in Brazil?”. Observational studies that report oral health surveys of TPC in Brazil will be included. The protocol considered the Problem, Concept and Context (PCC) strategy to guide data collection, as established by the Joanna Briggs Institute (JBI). The search strategy will consider Medical Subject Headings (MeSH) terms, synonyms and relevant free terms about epidemiological surveys in oral health and TPC in Brazil, with no limits to data, language, subject or search type, in the databases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, Web of Science and Embase. Bibliographic searches will be updated until June 2023. The selection will be carried out by two independent, blinded reviewers, following the eligibility criteria, based on the title and abstract identified in the initial search. Potentially eligible studies will be fully read to confirm eligibility and collect relevant information. The categorization of the studies will consider the author and year of publication, the traditional group studied, the study design, geographic location, age group, sample size, data collection method and the main oral health problem evaluated and its outcome. The data obtained and extracted will be presented in table format and text and presented using the Visualization of Similarities (VOS) method.

ETHICS AND DISSEMINATION: The present study does not need ethical approval. The protocol title was registered in the Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/BQ5J3). A final article will be prepared presenting the results of the scoping review, and will be submitted for publication in a peer-reviewed journal. The findings of this review will be presented at national conferences and scientific meetings.

KEYWORDS: DMF Index. Health Status Disparities. Indigenous Peoples. Dental Health Survey.

STRENGTHS AND LIMITATIONS

- This scoping review will follow Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines and use the Scoping Review extension for the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR), adopting a robust methodology.
- This scoping review will depend on the information available at the time of the analysis. If accurate, complete or up-to-date information is lacking, the review may be limited in its scope and accuracy.
- When conducting a scoping review focused on a specific population, such as Traditional Peoples and Communities of Brazil, it's important to acknowledge that the findings may not be generalizable to the rest of the world because of different cultural and contextual factors, geographical and environmental variations, socioeconomic factors and heterogeneity in the different populations.

INTRODUCTION

Traditional Peoples and Communities (TPC) of Brazil are culturally differentiated groups, with their own form of organization, and particular use of the territory and natural resources for the reproduction of their culture, religion, ancestry and economy [1]. According to the Unified Registration (Cadastro Único), a database used to identify individuals in situations of social vulnerability in Brazil, in 2023 approximately 750,000 families were identified as belonging to Quilombola, Indigenous, Riverside communities and Romani groups, included in the TPC [2].

Despite the Brazilian legislation ensure the development of policies for TPC, assuring their right to the territory and the protection of their culture [1], Indigenous, Quilombolas, Riverside communities and Romani people are still directly affected by social determinants related to poverty, social exclusion and lack of access to health services [3,4]. The complexity of the sum of the determinants consequently affects the oral health of the individuals that make up the TPC [4], considering that this follows the so-called social gradient, which is the direct relationship between the socioeconomic position occupied by the individual and their health condition [5,6].

Oral health issues are an important public health problem [7] and the use of epidemiological information on the health-disease conditions of the population, obtained through surveys, is recommended by the National Oral Health Policy to plan actions in oral health according to the surveillance model of the Unified Health System (SUS) [8]. In addition, it is through surveys or epidemiological inquiries that information is collected regarding risk factors, use of services, attitudes and practices related to health, as well as demographic data [9].

The three oral health surveys that fully-represent the Brazilian population, carried out in 1986, 2003 and 2010, were important to understand the epidemiological profile of the population. Although the surveys considered the ethnic profile and the prevalence of diseases in the black and Indigenous populations, these studies did not produce evidence and representative data for TPC. Those studies considered the self-reported skin color, which is not directly linked to TPC concept [10,11,12].

A preliminary search was conducted in PROSPERO, MEDLINE (PubMed), the Cochrane Database of Systematic Reviews, and in the Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, and no current or pending systematic or scoping reviews of surveys or epidemiological inquiries on the oral health status of TPC were identified. Therefore, the present study aimed to describe and summarize the scientific production, through primary studies, about the oral health of TPC in Brazil.

REVIEW QUESTION

The aim of this review is to map the available evidence on the oral health surveys of TPC in Brazil, through primary studies, answering the following question: “What evidence is available on the oral health surveys of Traditional Peoples and Communities in Brazil?”

INCLUSION CRITERIA

Participants and Context

Studies conducted with individuals belonging to the main TPC of Brazil (Indigenous, Quilombolas, Riverside communities, and Romani peoples) will be included, with no age restriction. This scoping review will only consider studies conducted with TPC in Brazil.

Concept

This review will consider observational studies that included epidemiological data of oral health surveys, carried out in Brazilian TPC, taking into account the main problems such as dental caries, periodontal disease and tooth loss. Studies reporting secondary data, nonspecific studies and not representative for the TPC, will not be included in the review.

Type of studies

This scoping review will consider analytical and descriptive observational studies, including prospective and retrospective cohort studies, case-control studies and cross-sectional studies, which include epidemiological data of oral health surveys carried out in TPC in Brazil.

METHODOLOGY

This scoping review will be conducted applying the Problem, Concept and Context (PCC) methodology to guide data collection, in accordance with the methodology established by the Joanna Briggs Institute (JBI) [13] and the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist [14]. It was preferred to carry out a scoping review to synthesize the evidence in this area of research, as it will incorporate a broader scope and less restrictive inclusion criteria than a systematic review [13]. This scoping review study commenced in November 2022 with a planned completion date of September 2023.

Search Strategy

The search strategy will consider Medical Subject Headings (MeSH) terms, synonyms and relevant free terms about epidemiological inquiries in oral health and TPC in Brazil. The search strategy was developed by the research group specifically for the MEDLINE database and will later be adapted to other databases, whose terms will be combined using Boolean Operators (OR, AND) (Table 1).

No limits to data, language, subject or search type will be placed in the database. Bibliographic searches will be updated until June 2023.

Table 1 – Search strategy that will be applied in the databases.

Search	Query
#1	("quilombola"[Title/Abstract] OR "indigenous"[Title/Abstract] OR "gypsy"[Title/Abstract] OR "riverside communit*"[Title/Abstract] OR "quilombola populatio*"[Title/Abstract] OR "indians"[Title/Abstract] OR “romani people” [Title/Abstract] OR “sinti” [Title/Abstract] OR “calon” [Title/Abstract])
#2	("oral health survey"[All Fields] OR "oral health status"[All Fields] OR "dental caries"[All Fields] OR ("periodontal"[All Fields] OR "periodontally"[All Fields] OR "periodontically"[All Fields] OR "periodontics"[MeSH Terms] OR "periodontics"[All Fields] OR "periodontic"[All Fields] OR "periodontitis"[MeSH Terms] OR "periodontitis"[All Fields] OR "periodontitides"[All Fields]) OR "tooth loss"[All Fields] OR "missing teeth"[All Fields] OR "DMF Index"[All Fields] OR "dental health survey"[All Fields])
#3	("Brazil"[Title/Abstract] OR "Brazilian"[Title/Abstract])

Databases – source of information

The databases that will be included in the search are: MEDLINE (PubMed), LILACS, Scopus, Web of Science and Embase.

Study selection

The first step in the study selection process involves conducting searches and all identified citations will be imported into the Rayyan Reference Manager (Qatar Computing Research Institute). Duplicates will be removed and the publications will be assessed based on their title, abstract, and keywords. In the second stage, a thorough reading of the selected studies from the first stage will be performed. This process will be conducted by two trained, independent, blinded reviewers, following the eligibility criteria established in the protocol. If there is any disagreement among the reviewers, a third reviewer will be involved.

The exclusion reasons for full-text studies that do not meet the inclusion criteria will be recorded and reported in the scoping review [13]. Search results will be fully reported in the final scope review and presented in a flowchart of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review (PRISMA-ScR) [14].

Patient and public involvement

This scoping review protocol was written with no patient or public involvement.

Data extraction

All included studies will be categorized considering the author and year of publication of the study, the traditional group studied (Indigenous, Riverside communities, Romani people and Quilombola communities), the type of study (case studies, cohort, case- control and cross-sectional), geographic location (Federative Units), age group, sample number, data collection method (clinical examination, questionnaire application, etc.), main oral health problem evaluated and its outcome.

Data presentation

The data obtained and extracted will be presented according to the PRISMA-ScR (PRISMA extension for Scoping Reviews). A flowchart will be presented, indicating the number of evidence found and identifying the eligibility criteria. For each included source of evidence, relevant data regarding the review's objective will be provided. Since this is a scoping review, the risk of bias in the included studies will not be assessed [14]. Data will be presented in tables and text. In addition, bibliometric data referring to the included studies in the review will be presented, using the Visualization of Similarities (VOS) method [15].

ETHICS AND DISSEMINATION

Formal ethical approval is not required, as primary data will not be collected in this study. The final protocol was registered in the Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/BQ5J3). A final article will be prepared presenting the results of the scoping review, and will be submitted for publication in a peer-

reviewed journal. The findings of this review will be presented at national conferences and scientific meetings.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

MLBR, ECFA, and YWC conceived the idea for the review. MLBR, ECFA, ROS and YWC all contributed to the development of the protocol. MLBR, ECFA, and YWC drafted the original manuscript. YWC, BMS, TIV, SAS and EGHL edited and revised

the manuscript. MLBR and YWC conducted the preliminary search and YWC provided expertise on the final search strategy. All authors edited and approved the final text prior to submission for publication.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

FUNDING

We thank to Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for support (finance code 001). We also thank to Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) from Federal University of Paraíba (UFPB) for support.

PATIENT AND PUBLIC INVOLVEMENT

There was no involvement of patients for the development and conduction of this research.

PATIENT CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

ETHICS APPROVAL

Not applicable.

REFERENCES

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2007. Brasil. Accessed: May 29, 2023; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm

2. Brasil, Ministério da Cidadania. CECAD – Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico. Famílias Quilombolas inscritas no Cadastro Único, Famílias Indígenas beneficiárias do Programa Bolsa Família/Programa Auxílio Brasil, Famílias Ciganas beneficiárias do Programa Bolsa Família/Programa Auxílio Brasil., Total de famílias Ribeirinhas inscritas no Cadastro Único. Fevereiro de 2023, Brasil. Accessed: June 06, 2023; Available from: https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php

3. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. Rev. Bras. Epidemiol 2017;20(1):91-101. doi: 10.1590/1980-5497201700010008

4. Soares GH, Pereira NF, Biazevic MGH et al. Dental caries in South American Indigenous peoples: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2019;47(2):142-152. doi: 10.1111/cdoe.12436.

5. Dawson ER, Stennett M, Daly B, et al. Upstream interventions to promote oral health and reduce socioeconomic oral health inequalities: a scoping review protocol. BMJ Open 2022;12:e059441. doi:10.1136/bmjopen-2021-059441

6. Watt RG, Mathur MR, Aida J, et al. Oral Health Disparities in Children: A canary in the Coalmine? Pediatr Clin North America 2018; 65(5):965–979. doi: 10.1016/j.pcl.2018.05.006

7. de Lucena EHG, da Silva RO, Barbosa ML et al. Influence of socioeconomic status on oral disease burden: a population-based study. BMC Oral Health 2021; 21(1):608. doi: 10.1186/s12903-021-01970-w

8. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília – DF 2004. Accessed: May 29, 2023; Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

9. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. Epidemiol Serv Saúde 2020; 29(5). doi: 10.1590/s1679-49742020000500004

10. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,2012. Accessed: September 20, 2022; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 20022003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Accessed: May 29, 2023; Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf

12. Brasil, Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasíia - DF, 1988. Accessed: May 29, 2023; Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/levant86_1.pdf

13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Accessed: June 06, 2023; Available from: https://synthesismanual.jbi.global

14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018; Out 2,169(7):467-473.

15. van Eck NJ, Waltman L. VOS: A New Method for Visualizing Similarities Between Objects. In: Decker, R., Lenz, H.J. (eds) Advances in Data Analysis. Studies in Classification, Data Analysis, and Knowledge Organization. Springer, Berlin, Heidelberg, 2007:299-306. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-540-70981-7_34

4. ARTIGO II

O manuscrito a seguir será submetido para publicação no periódico “Ciência & Saúde Coletiva”.

INQUÉRITOS DE SAÚDE BUCAL DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

ORAL HEALTH SURVEYS OF TRADITIONAL PEOPLE AND COMMUNITIES IN BRAZIL: A SCOPE REVIEW

Maria Letícia Barbosa Raymundo - https://orcid.org/0000-0002-5560-2223 - marialetciabarbosa@gmail.com[1]

Elza Cristina Farias de Araújo - https://orcid.org/0000-0002-8303-8914 - ecfaraujo@hotmail.com[1]

Rênnis Oliveira da Silva - https://orcid.org/0000-0001-8413-8071 - rennisilva@gmail.com[1]

Bianca Marques Santiago - https://orcid.org/0000-0001-9559-913X - bianca.santiago@yahoo.com.br[1]

Thiago Isidro Vieira - https://orcid.org/0000-0003-4824-9131 - thiago.isidro@gmail.com[1]

Simone Alves de Sousa – https://orcid.org/0000-0002-3254-9036 - simonealvess.sousa@gmail.com[1]

Edson Hilan Gomes de Lucena - https://orcid.org/0000-0003-3431-115X - ehglucena@gmail.com [1]

Yuri Wanderley Cavalcanti - https://orcid.org/0000-0002-3570-9904q - yuri.wanderley@yahoo.com[1]

[1] Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Resumo

O objetivo desta revisão foi mapear as evidências disponíveis sobre inquéritos de saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) no Brasil, respondendo à pergunta "Quais evidências estão disponíveis sobre os inquéritos de saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil?". A estratégia de busca considerou termos do Medical Subject Headings, sinônimos e termos livres sobre inquéritos epidemiológicos em saúde bucal e PCT no Brasil, nas bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science e Embase. O período de condução desta revisão foi de julho a setembro de 2023. Após as buscas, 39 estudos foram incluídos na revisão. Ocorreu a inserção de forma manual de 2 estudos. Do total, 31 estudos investigaram a condição de saúde bucal de povos indígenas, 7 foram estudos sobre comunidades quilombolas, e 3 estudos de povos ribeirinhos. Não foram localizados na busca estudos sobre povos ciganos. A maior parte localizados nas regiões Nordeste (n=12) do país, avaliando a cárie dentária como principal agravo de saúde bucal (n=13), por meio de exames clínicos (n=25), sendo verificada sua alta prevalência entre os PCT (n=11). A revisão realizada revela que, no Brasil, os estudos acerca da saúde bucal de PCT estão em curso, embora ocorram de forma isolada e independente, e indicam que a prevalência de problemas bucais é consideravelmente alta nessas comunidades.

Palavras-chave: Índice CPO-D. Disparidades no estado de saúde. Pessoas indígenas. Pesquisa de Saúde Bucal.

Abstract

The objective of this review was to map the available evidence on oral health surveys of Traditional Peoples and Communities (TPC) in Brazil, addressing the question, "What evidence is available on oral health surveys of Traditional Peoples and Communities in Brazil?" The search strategy considered Medical Subject Headings terms, synonyms, and free terms related to epidemiological oral health surveys and TPC in Brazil, in the MEDLINE/PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science, and Embase databases. This review was conducted from July to September 2023. After the searches, 39 studies were included in the review, and 2 studies were manually added. Of the total, 31 studies investigated the oral health condition of indigenous peoples, 7 were studies on quilombola communities, and 3 studies focused on riverside communities. No studies on Romani people were found in the search. The majority of studies were located in the Northeast region (n=12) of the country, with dental caries being the main oral health issue assessed (n=13) through clinical examinations (n=25), with a high prevalence observed among TPC (n=11). This review reveals that in Brazil, studies on the oral health of TPC are ongoing, although they occur in an isolated and independent manner, indicating a considerably high prevalence of oral health problems in these communities.

Keywords: DMF Index. Health Status Disparities. Indigenous Peoples. Dental Health Survey.

Introdução

Os problemas de saúde bucal, apesar de evitáveis, ainda são altamente prevalentes na população.[1,2,3,4] Diante desse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um plano de ação global de enfrentamento aos problemas de saúde bucal, com o objetivo de formular políticas de prevenção e promoção da saúde.[5]

O Brasil é mundialmente conhecido por possuir um sistema de saúde universal que inclui a saúde bucal e preconiza o levantamento de dados epidemiológicos como modelo de vigilância em saúde para criação de políticas.[6,7] Ao longo da história da saúde bucal no Brasil, foram realizados 4 grandes inquéritos epidemiológicos de saúde bucal que não incluíram Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) de forma representativa.[8,9,10,11] Em 2018, houve o planejamento de um inquérito nacional de saúde bucal para povos indígenas, no entanto, não foi executado. Ainda em 2023, o atual levantamento em saúde bucal, que se encontra em curso no Brasil, também não inclui PCT.

Os PCT equivalem a 20,7% da população brasileira[12] e possuem políticas de saúde direcionadas.[13,14] No entanto, os dados sobre a saúde bucal de PCT são escassos e não há um sistema de informação sobre as condições de saúde de quilombolas, ribeirinhos, indígenas e povos ciganos no Brasil. Além disso, a Política Nacional de Saúde Bucal e a Lei 14.572/23 não incluem nenhuma especificidade sobre a saúde bucal de PCT. A invisibilidade epidemiológica relacionada à saúde bucal de PCT prejudica a formulação de políticas e de estratégias de promoção da saúde, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade social dessas populações.[15] Além disso, esses grupos são afetados por determinantes sociais relacionados à pobreza, exclusão social e carência de acesso aos serviços de saúde.[16]

Diante disso, o objetivo desta revisão foi mapear as evidências disponíveis sobre os inquéritos de saúde bucal dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) no Brasil, por

meio de estudos primários, respondendo à seguinte pergunta: "Quais evidências estão disponíveis sobre os inquéritos de saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil?”

Metodologia

Delineamento Geral

Esta revisão de escopo seguiu as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI).[17] Foi utilizado o acrônimo Problema, Conceito e Contexto (PCC), descrito adiante. A lista de verificação de extensão para Revisões de Escopo do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) foi utilizada para relatar a revisão (Tabela 1).[18] O período de condução desta revisão foi de julho a setembro de 2023.

O protocolo final da revisão foi registrado na Open Science Framework (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/BQ5J3) e publicado previamente.[19]

Participantes e contexto

Foram incluídos estudos que envolveram indivíduos pertencentes aos grupos indígenas, quilombolas, comunidades ribeirinhas e povos ciganos, incluídos nos PCT do Brasil, sem qualquer restrição quanto à faixa etária. Esta revisão se concentrou exclusivamente em pesquisas realizadas com essas populações no Brasil.

Conceito

Foi priorizada a inclusão de estudos observacionais que abordassem dados epidemiológicos relativos à saúde bucal dessas populações, com foco nos principais problemas bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perda de dentes. Estudos que não fossem específicos para os PCT ou não fossem representativos dessas comunidades não foram considerados nesta revisão.

Estratégia de busca

A estratégia de busca utilizada incorporou termos MeSH (Medical Subject Headings), sinônimos e termos relevantes relacionados a pesquisas epidemiológicas em saúde bucal envolvendo os PCT brasileiros. Essa estratégia de busca foi inicialmente desenvolvida para a base de dados MEDLINE (PubMed) pelo grupo de pesquisa (conforme detalhado na Tabela 1) e posteriormente adaptada para as bases de dados LILACS, Scopus, Web of Science e Embase. A identificação de registros da literatura cinzenta foi baseada na identificação de teses, dissertações, documentos oficiais e outros estudos, com base na lista de referências dos artigos incluídos, bem como com base em revisão dos 100 primeiros registros no buscador Google. Não foram identificados registros adicionais.

Não houve restrições estabelecidas em relação a dados, idioma, tema ou tipo de pesquisa nas bases de dados. As buscas bibliográficas foram atualizadas até julho de 2023.

Quadro 1 - Estratégia de busca desenvolvida para a base de dados MEDLINE (PubMed) e adaptada para as outras bases de dados.

Search	**Query**
#1	("quilombola"[Title/Abstract] OR "indigenous"[Title/Abstract] OR "gypsy"[Title/Abstract] OR "riverside communit*"[Title/Abstract] OR "quilombola populatio*"[Title/Abstract] OR "indians"[Title/Abstract] OR “romani people” [Title/Abstract] OR “sinti” [Title/Abstract] OR “calon” [Title/Abstract])
#2	("oral health survey"[All Fields] OR "oral health status"[All Fields] OR "dental caries"[All Fields] OR ("periodontal"[All Fields] OR "periodontally"[All Fields] OR "periodontically"[All Fields] OR "periodontics"[MeSH Terms] OR "periodontics"[All Fields] OR "periodontic"[All Fields] OR "periodontitis"[MeSH Terms] OR "periodontitis"[All Fields] OR "periodontitides"[All Fields]) OR "tooth loss"[All Fields] OR "missing teeth"[All Fields] OR "DMF Index"[All Fields] OR "dental health survey"[All Fields])
#3	("Brazil"[Title/Abstract] OR "Brazilian"[Title/Abstract])

Seleção dos Estudos

No processo de seleção dos estudos, o primeiro passo envolveu a busca e importação de citações para o Gerenciador de Referências Rayyan, seguido pela remoção de duplicatas e avaliação das publicações com base em seus títulos, resumos e palavras-chave. Na segunda etapa, os estudos selecionados foram submetidos a uma leitura detalhada realizada por dois revisores treinados, independentes e cegos, de acordo com os critérios de elegibilidade definidos no protocolo. Nos casos de discordância entre os revisores, um terceiro foi consultado. Os estudos completos que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos e os motivos foram registrados e relatados na revisão de escopo.[17]

Extração de Dados

Os estudos incluídos foram categorizados considerando o autor e o ano de publicação, o grupo tradicional (indígenas, comunidades ribeirinhas, povos ciganos e comunidades quilombolas), o tipo de estudo, localização geográfica (Unidades Federativas), faixa etária, número da amostra, método de coleta de dados (exame clínico, aplicação de questionário, etc.) e o principal agravo de saúde bucal avaliado.

Análise e apresentação dos dados

Os dados estão detalhados na tabela de extração (Tabela 2). Além disso, dados bibliométricos referentes à rede de autores e às palavras-chave utilizadas nos estudos incluídos na revisão, foram gerados utilizando o método de visualização de similaridades por meio do software VOSviewer.20

Resultados

Na primeira etapa do processo de seleção dos estudos, foram encontradas um total de 401 registros. Desses, 211 foram removidos por duplicidade. Com base no título, resumo e palavras-chave, foram removidos 136 estudos que reportavam dados secundários ou estudos inespecíficos e não representativos para os PCT. Na segunda etapa de seleção, 61 estudos foram lidos na íntegra e 39 foram incluídos na revisão. Ocorreu a inserção de forma manual de 2 estudos que não foram captados pela estratégia de busca, porém, foram localizados e incluídos durante a revisão de literatura do presente estudo (Figura 1).

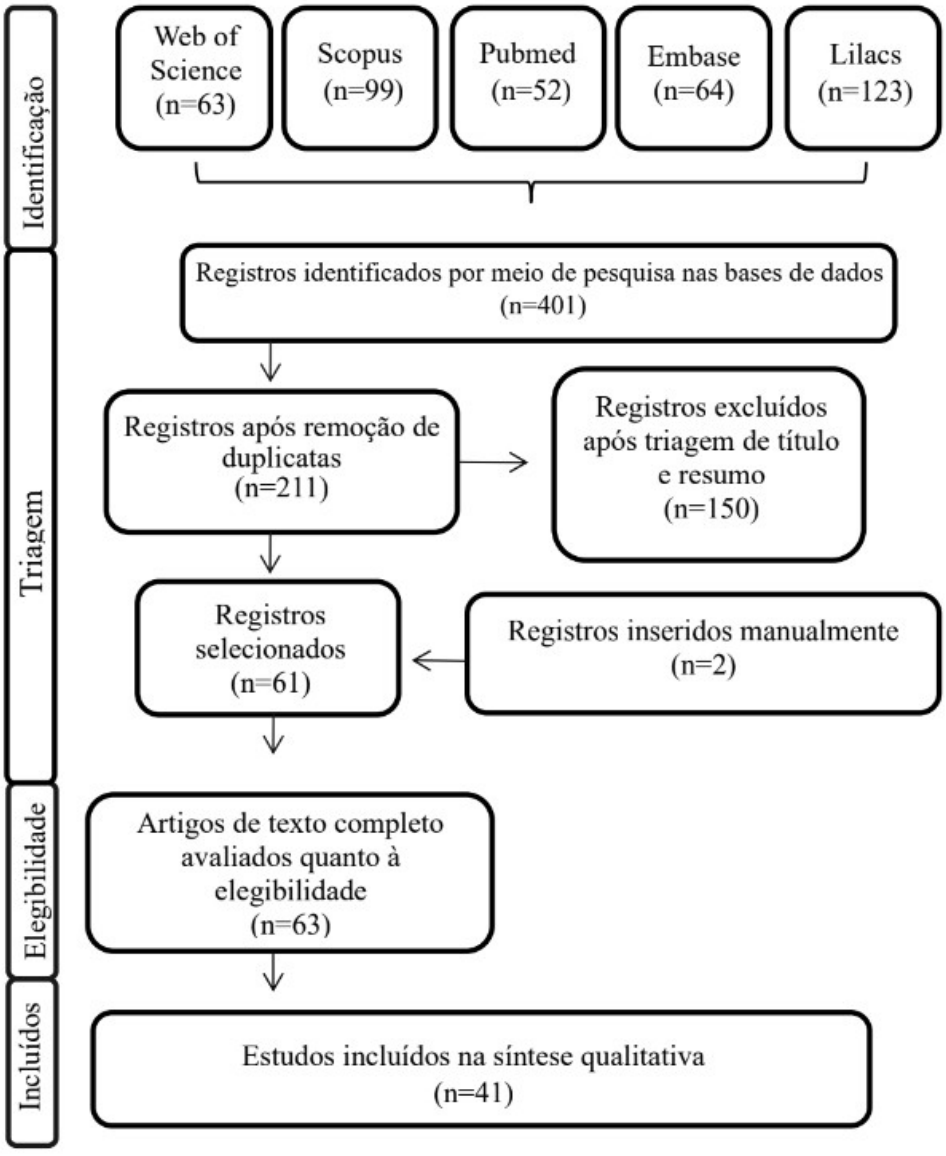

Figura 1 – Diagrama de fluxo da seleção dos estudos

Os estudos incluídos na revisão foram publicados entre os anos 1968 e 2023. O detalhamento metodológico e os principais resultados dos estudos incluídos são apresentados na tabela de extração (Tabela 2). Do total, 31 estudos investigaram povos indígenas,[21-50] 7 estudos investigaram as comunidades quilombolas,[50-57] e 3 estudos investigaram os povos ribeirinhos.[58-60] Não foram localizados na busca estudos sobre povos ciganos. Todos os estudos foram do tipo transversal, com PCT localizados nas regiões Nordeste (n=12)[28,31,31,33,35-37,41,46,48,49,55] e Centro-Oeste do país (n=8).[21,22,27,32,34,39,42,50]

O tamanho amostral dos estudos variou entre 17 e 2246 indivíduos. Com relação a faixa etária apenas alguns estudos (n=12) utilizou alguma das idades índices.[28,30,32,38,39,43,44,45,47,50,54,55]

Dos estudos incluídos, a cárie dentária (n=13),[22,24,27,28,33,36,38,39,40,43,46,47,53] a doença periodontal (n=7)[31,32,34,41,48,49,52] e a perda dentária (n=6)[29,30,35,37,59,60] foram os agravos considerados. No entanto, alguns estudos (n=13)[21,23,25,26,42,43,45,50,51,54,56-58] avaliaram mais de um dos agravos. O exame clínico foi o principal método utilizado para a coleta de dados (n=25),[21-29,31-34,36,38-40,44,45,49,50,53,58,59], e o segundo método para coleta de dados mais utilizado foi a aplicação de questionário seguida de exame clínico (n=13)[30,35,37,41-43,46-48,51,54,56,57].

Com relação aos agravos avaliados, de maneira geral, a maior parte dos estudos apresentou alta prevalência de cárie dentária em PCT (n=10)[22,24,27,28,36,40,43,46,47,53], alta prevalência de doença periodontal (n=5)[31,32,34,52,55] e alta prevalência de perda dentária (n=7)[26,29,30,35,37,59,60].

Dos estudos com indígenas, a maior parte avaliou a cárie dentária (n=12)[22,24,27,28,33,36,38-40,43,46,47], mostrando a alta prevalência do agravo neste grupo (n=10) [22,24,27,28,36,38,40,43,46,47]. Com relação a saúde bucal de ribeirinhos, foi verificada a alta prevalência de perda dentária (n=2)[59,60], não tendo sido realizados estudos sobre a prevalência de cárie com este grupo. A saúde bucal de quilombolas foi marcada, nos

estudos incluídos nessa revisão, pela alta prevalência de perda dentária (n=3)[51,54,56]. Neste grupo, foram encontrados apenas 2 estudos que avaliaram a prevalência de cárie dentária, sendo esta, alta.[53,57]

Por meio da análise bibliométrica foi possível verificar as palavras-chave fornecidas pelos autores dos artigos com mais de 5 ocorrências. Das 169 palavras-chave, 17 atingiram o limite. As palavras-chave que mais apareceram foram “dental caries” e “poverty” (Figura 2). Também foram verificados 246 autores. Santos R.V. foi responsável pela publicação de 3 artigos, seguido por Rebelo M.A.B. 2 artigos publicados. (Figura 3).

Discussão

Os resultados desta revisão de escopo mostram que os estudos sobre a saúde bucal de povos e comunidades tradicionais no Brasil ainda são incipientes e concentrados em populações indígenas. Não há estudos de base populacional ou representativos da população brasileira que possam reportar a prevalência de agravos em saúde bucal nessas populações. O principal agravo bucal estudado foi a cárie dentária, corroborando com a grande parte dos estudos epidemiológicos de saúde bucal, tendo em vista que a cárie dentária é um problema mundial de saúde pública.[2,61]

A alta prevalência da cárie dentária observada em povos indígenas pode ser resultado do processo de transição alimentar sofrido ao longo dos anos, decorrente da possível redução do território, aumento do consumo de produtos industrializados associado à insegurança alimentar.[47,62]

Os povos indígenas são grupos frequentemente estudados em estudos desenvolvidos em outros países do mundo como Austrália, Canadá, Nova Zelandia, Estados Unidos da América e em países da América Latina, como Venezuela, Equador e

Chile.[15, 63] Há interesse em evidenciar as iniquidades em saúde que se manifestam em decorrência do processo de colonização.[64] Esses estudos, em sua maioria, recebem o apoio de órgão de fomento e entidades governamentais, o que explicaria o elevado número de estudos voltado a esse grupo populacional. O mesmo não ocorre, porém, para outros grupos populacionais.

Apesar da possibilidade de autodeclaração como indígena nos inquéritos epidemiológicos realizados no Brasil,[8,9,10,11] os dados sobre saúde bucal da população indígena acabam sendo invisíveis nos conjuntos de dados nacionais, pois não são representativos para essa parcela da população.[15] A ausência de dados contribui para a manutenção das iniquidades, também evidenciadas e aumentadas em outros países do mundo com populações e grupos indígenas.[15,63]

Todas as regiões brasileiras foram contempladas em pesquisas sobre saúde bucal de PCT, de acordo com os resultados da presente revisão. Grade parte da população indígena encontra-se na região Norte do país, no entanto, a maioria dos estudos realizados com este grupo ocorreu forma abundante nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do país. Uma possível justificativa para esse acontecimento, se deve ao fato de o Nordeste ser marcado pelos piores indicadores de saúde bucal, de acordo com o último inquérito populacional realizado no país,[8] contribuindo para que o olhar fosse mais voltado para PCT dessa região. Além disso, os povos indígenas localizados na região Norte do país são de mais difícil acesso, e a baixa quantidade de instituições e pesquisadores no Norte pode ter contribuído para o baixo número de publicações com povos da região. Deve-se, nesse caso, levar em consideração o contexto territorial, características socioculturais e históricas da região que geram implicações na saúde das populações.[65]

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que inclui a saúde de quilombolas e ribeirinhos, é relativamente recente, datada do ano de

2011. Apesar do compromisso em produzir dados estratificados sobre PCT e manter os sistemas nacionais de informações em saúde atualizados, isso não ocorre com a saúde bucal,[13] reiterando a invisibilidade dos dados.

A população quilombola representa aproximadamente 0,62% da população total do Brasil, conforme dados do último censo realizado pelo IBGE[66]. Quanto à distribuição geográfica, a região Nordeste do país abriga a residência de 68,19% dos quilombolas[66], no entanto, a maior parte dos estudos com quilombolas foram desenvolvidos na região Sudeste (n=7). Com relação a população ribeirinha, os estudos incluídos nesta revisão foram todos realizados na região Norte do país (n=4), ainda que existam povos ribeirinhos no Centro-Oeste e Nordeste do país.

A cárie dentária foi avaliada em dois estudos com quilombolas, não tendo sido avaliada na população ribeirinha. Esse resultado reafirma a falta de visibilidade de informações relacionadas ao principal problema de saúde bucal, destacando ainda mais o fato de que essas populações enfrentam desigualdades em saúde de forma mais acentuada, devido aos fatores contextuais que podem impactar negativamente a saúde bucal.[60] As evidências sobre a saúde bucal de povos ribeirinhos mostram a alta prevalência de perda dentária, possivelmente devido à falta de acesso à tratamentos preventivos, decorrente da limita oferta de serviços de saúde na região, baixa dispersão populacional e barreiras de acesso geográficas.[60] A região Norte do país, onde foram realizados os estudos com ribeirinhos incluídos nesta revisão, apresenta as piores taxas de utilização de serviços de saúde do país.[67]

Os dados bibliométricos apresentados nesta revisão refletem a escassez de estudos disponíveis sobre PCT no Brasil. Além da limitada participação de autores, é observado que esses estudos tendem a ocorrer de forma independente. Ou seja, os estudos sobre a saúde bucal de PCT, em sua maioria, resultam de iniciativas individuais de pesquisadores,

sem prévia indução ou coordenação nacional da atividade de pesquisa. Diferentemente dos inquéritos nacionais de saúde bucal, não há agenda específica para a saúde bucal de PCT no Brasil. Embora a pesquisa com povos indígenas implique em um trâmite mais burocrático para obter a devida autorização, isso não impediu que a maior parte dos estudos fosse concentrada nesse grupo. No entanto, os estudos possuem metodologias diversas, foram realizadas em momentos diferentes e com grupos específicos.

Em relação às palavras-chave submetidas à análise bibliométrica, destaca-se a ausência de termos específicos relacionados aos PCT. Durante o processo de elaboração da estratégia de busca para esta revisão, verificou-se que os termos "quilombola" e "ribeirinhos" não são sequer considerados como termos MeSH (Medical Subject Headings). Entretanto, os termos foram mantidos na estratégia de busca de modo a possibilitar a identificação de estudos em relação a esses grupos populacionais.

Importante mencionar que existem outros Povos e Comunidades tradicionais no Brasil, que não foram tratados especificamente nesta revisão, tendo sido incluídos apenas os indígenas, quilombolas, ribeirinhos e ciganos. Ainda assim, não foram identificados estudos em relação a saúde bucal de povos ciganos. O delineamento transversal, utilizado nos estudos incluídos, é capaz de elucidar a prevalência dos principais agravos em saúde bucal. No entanto, é considerado um delineamento limitado pois não permite determinar causa e efeito, e riscos absolutos sobre uma condição de saúde.[68] Além disso, os estudos transversais possuem uma relação com a temporalidade no qual os dados foram coletados, sendo necessários novos inquéritos para reportar dados atualizados sobre essas populações. Ainda que estudos observacionais do tipo transversal possam constituir um método mais rápido de gerar informações acerca da saúde bucal desses grupos, essas pesquisas poderiam se enriquecidas para incorporação de metodologias variadas, como por exemplo, estudos utilizando métodos mistos,[69] estudos da ciência da implementação.[70]

Estas descobertas evidenciam a existência de investigações em curso no Brasil relacionadas à saúde bucal de PCT, o que representa um avanço significativo para a superação da invisibilidade epidemiológica neste contexto. Entretanto, tais estudos não estão sob a coordenação de uma nacional de pesquisa. Portanto, é necessário que a coordenação de pesquisa a nível nacional direcione sua atenção para a necessidade implementar um plano de pesquisa abrangente que contemple a inclusão dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) nos inquéritos epidemiológicos nacionais de saúde bucal. Os achados desta revisão podem incentivar e impulsionar o delineamento de novos estudos primários sobre as condições de saúde bucal de Povos e comunidades Tradicionais no Brasil.

A alta prevalência dos agravos de saúde bucal nesses grupos mostra a necessidade de identificar os fatores associados a essas condições, possivelmente advindos das iniquidades em saúde enfrentadas, afim de minimizá-las. Estudos de base populacional devem ser induzidos por órgãos de fomento à pesquisa, bem como por órgãos governamentais, com o objetivo de induzir a constituição de políticas de promoção e a saúde e prevenção de agravos, além da oferta e organização de serviços odontológicos.

Conclusão

A revisão realizada revela que, no Brasil, os estudos acerca da saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) estão em curso, embora ocorram de forma isolada e independente. Os resultados obtidos indicam um progresso na coleta de dados relativos aos principais problemas de saúde bucal enfrentados por esses grupos.

Até o momento, a maior parte das pesquisas se concentrou na análise da prevalência de cárie dentária, especialmente entre povos indígenas, demonstrando que a prevalência de problemas bucais é consideravelmente alta nessas comunidades. Contudo, é imprescindível a realização de estudos adicionais abrangendo outros PCT em todo o território brasileiro, a fim de diminuir a invisibilidade epidemiológica que envolve esses grupos, uma vez que esta contribui para a iniquidade em saúde bucal.

Dessa forma, é importante também reconhecer e fortalecer as potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, integrando os esforços da odontologia com a abordagem ampla da APS, buscando contribuir para que as iniquidades sejam superadas e promover uma saúde bucal equitativa em toda a população brasileira.

Contribuição dos autores

MLBR, ECFA e YWC conceberam a ideia da revisão. MLBR, ECFA, ROS e YWC contribuíram para o desenvolvimento da revisão. MLBR, ECFA e YWC redigiram o manuscrito original. YWC, BMS, TIV, SAS e EGHL editaram e revisaram o manuscrito. A MLBR e a YWC conduziram a pesquisa preliminar e a YWC forneceu conhecimentos

especializados na estratégia de pesquisa final. Todos os autores editaram e aprovaram o texto final antes de submetê-lo para publicação.

Financiamento

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio (código de financiamento 001). Agradecemos também à Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) pelo apoio.

Referências Bibliográficas

1. Jain N, et al. WHO's global oral health status report 2022: Actions, discussion and implementation. Oral Dis. 2023;1–7. doi: 10.1111/odi.14151.

2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

3. Silva Junior MF, Sousa MLR, Batista MJ. Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. Braz Oral Res. 2019;33.

4. Anttila J, Tolvanen M, Kankaanpää R, Lahti S. Social gradient in intermediary determinants of oral health at school level in Finland. Community Dent Health. 2018;35(2):75-80. doi: 10.1922/CDH_4127Anttila07.

5. World Health Organization. Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030). WHO - World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030). Published 2023.

6. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. 2019;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

7. Pinto Junior VL, Neto JC, Penna GO. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(12).

8. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Ministério da Saúde, 2012.

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

10. Souza SM. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental: 1ª etapa. ABO Nacional. 1996.

11. Brasil, Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília - DF, 1988.

12. Brasil, Ministério da Cidadania. CECAD – Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico. Fevereiro de 2023, Brasil. Accessed: June 06, 2023.

13. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília-DF, 2013.

14. Brasil. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2007. Accessed: May 29, 2023.

15. Soares GH, Pereira NF, Biazevic MGH, et al. Dental caries in South American Indigenous peoples: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2019;47(2):142-152. doi: 10.1111/cdoe.12436.

16. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. Rev Bras Epidemiol. 2017;20(1):91-101. doi: 10.1590/1980-5497201700010008.

17. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020.

18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.

19. Raymundo MLB, Araújo ECF, Silva ROD, Santiago BM, Vieira TI, Sousa SA, Lucena EHG, Cavalcanti YW. Oral health surveys of Traditional Peoples and Communities in Brazil: a scoping review protocol. BMJ Open. 2023 Jul 19;13(7):e074620. doi: 10.1136/bmjopen-2023-074620. PMID: 37474183; PMCID: PMC10357677.

20. van Eck NJ, Waltman L. VOS: A New Method for Visualizing Similarities Between Objects. In: Decker, R., Lenz, H.J. (eds) Advances in Data Analysis. Studies in Classification, Data Analysis, and Knowledge Organization. Springer, Berlin, Heidelberg, 2007:299-306. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-540-70981-7_34

21. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr CE. Saúde bucal na população indígena Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Mar 2001;17(2):375-84.

22. Rigonatto DD, Antunes JL, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2001 Mar-Apr;43(2):93-8. doi: 10.1590/s0036-46652001000200008. PMID: 11340483.

23. Galati, CB. Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia-Itatins, Iguape, São Paulo, 2003. Diss. Universidade de São Paulo, 2003.

24. Carneiro MCG, et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(6): 1985-1992.

25. Dumont, AFS, et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(3): 1017-1022.

26. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(1): 37-46.

27. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Between-group differences in dental caries in Xavante Indians from Central Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2010; 13(2): 223-236.

28. Sampaio FC, et al. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010; 27(4): 246-251.

29. Ulhôa Netto E, et al. Perda dentária e necessidade de prótese na população indígena Pataxó. RGO (Porto Alegre). 2012; 60(2): 195-201.

30. de Lima CSA, Moreira RD, Mauricio HD, Barbosa JMV. Functional Tooth Loss in Adults Indigenous People of the Brazilian Northeast. Articles From The 13th World Congress On Public Health - Volume 0, Issue 0, pp. 55-59 WE - Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S) WE - Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (CPCI-SSH) - published. 2013 Jan.

31. Figueiredo A, Soares S, Lopes H, dos Santos JN, Ramalho LM, Cangussu MC, Cury PR. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. J Clin Periodontol. 2013 Nov;40(11):1001-6. doi: 10.1111/jcpe.12147. Epub 2013 Sep 18. PMID: 24164568.

32. Mesquita LP De, Lemos PN, Hirooka LB, Aparecida S, Nunes C, Mestriner SF, et al. Periodontal status of an indigenous population at the Xingu Reserve. Braz J Oral Scl. 2010;9(1):43–47.

33. Mauricio Hde A, Moreira Rda S. Oral health status of the ethnic group Xukuru from Ororubá: multilevel analysis. Rev Bras Epidemiol. 2014 Jul-Sep;17(3):787-800. English, Portuguese. doi: 10.1590/1809-4503201400030017. PMID: 25272269.

34. Gaetti-Jardim E Jr, Pereira MF, Vieira EM, Schweitzer CM, Okamoto AC, Ávila-Campos MJ. Occurrence of periodontal pathogens in ethnic groups from a native Brazilian reservation. Arch Oral Biol. 2015 Jun;60(6):959-65. doi: 10.1016/j.archoralbio.2015.01.002. Epub 2015 Jan 9. PMID: 25847068.

35. Ribeiro LS, Dos Santos JN, Ramalho LM, Chaves S, Figueiredo AL, Cury PR. Risk indicators for tooth loss in Kiriri Adult Indians: a cross-sectional study. Int Dent J. 2015 Dec;65(6):316-21. doi: 10.1111/idj.12187. Epub 2015 Oct 19. PMID: 26481295; PMCID: PMC9376552.

36. Gonçalves ÉM, Cavalcanti LC, Firmino RT, Ribeiro GL, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Dental caries experience among indigenous children and adolescents. J Oral Sci. 2015 Jun;57(2):123-9. doi: 10.2334/josnusd.57.123. PMID: 26062861.

37. Ribeiro LS, Santos JN, Vieira CL, Caramelli B, Ramalho LM, Cury PR. Association of dental infections with systemic diseases in Brazilian Native Indigenous: a cross-sectional study. J Am Soc Hypertens. 2016 May;10(5):413-9. doi: 10.1016/j.jash.2016.02.012. Epub 2016 Mar 2. PMID: 27039160.

38. Oliveira MR. Perfil epidemiológico de cárie dentária da população indígena parakanã: uma proposta para subsidiar ações de saúde bucal na terra indígena parakanã. Diss. 2016.

39. Arantes R, Frazão P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. J Health Care Poor Underserved. 2016;27(1A):81-89. doi: 10.1353/hpu.2016.0043. PMID: 27763432.

40. Caires NCM, Brito LCN, Vieira LQ, Ribeiro Sobrinho AP. Epidemiological analysis and need for endodontic treatment among the indigenous Sateré-Mawé and

Tikuna. Braz Oral Res. 2018 Mar 8;32:e19. doi: 10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0019. PMID: 29538481.
41. Pinto-Filho JM, Ribeiro LSF, Sartori L, Dos Santos JN, Ramalho LMP, Cury PR. Association between alcohol dependence and both periodontal disease and tooth loss: a cross-sectional study. Environ Sci Pollut Res Int. 2018 Oct;25(29):29089-29095. doi: 10.1007/s11356-018-2807-3. Epub 2018 Aug 15. PMID: 30112640.
42. Arantes R, Frazão P. Subjective oral symptoms associated with self-rated oral health among Indigenous groups in Central-West Brazil. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2018; 46(4): 352-359.
43. Soares GH, Aragão AS, Frias AC, Werneck RI, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Epidemiological profile of caries and need for dental extraction in a Kaingang adult Indigenous population. Rev Bras Epidemiol. 2019 Aug 19;22:e190042. doi: 10.1590/1980-549720190042. PMID: 31432986.
44. Soares GH, et al. "Functional dentition and prosthodontic status in an Indigenous population from the South of Brazil." Brazilian Journal of Oral Sciences. 2019; 18(0): 1-13.
45. Baldisserotto J, Ferreira AM, Warmling CM. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva. 2019; 27(4): 468-475.
46. Mauricio HA, Moreira RDS. Self-perception of oral health by indigenous people: an analysis of latent classes. Cien Saude Colet. 2020 Oct;25(10):3765-3772. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320202510.26492018. Epub 2019 Apr 17. PMID: 32997010.

47. Soares GH, Mota JMS, Mialhe FL, Biazevic MGH, Araújo ME, Michel-Crosato E. Household food insecurity, dental caries and oral-health-related quality of life in Brazilian Indigenous adults. Cien Saude Colet. 2021 Apr;26(4):1489-1500. doi: 10.1590/1413-81232021264.06472019. Epub 2019 Jun 7. PMID: 33886776.

48. Pinto Filho JM, Araújo NS, Santos JN, Coelho TRC, Cury PR. The effect of dental plaque level and self-performed oral hygiene on periodontal status: a cross-sectional study in Brazilian Indigenous. J. Health Biol. Sci. (Online); 9(1): 1-6, 2021.

49. Coelho TRC, et al. Indicação de exodontias e fatores associados: estudo transversal na população indígena Kiriri. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(0): 5223-5232.

50. Arantes R, Jamieson LM, Frazão P. Dental caries, periodontal disease and restorative dental care among Indigenous and non-Indigenous groups in Brazil: A descriptive study. Community Dent Oral Epidemiol. 2021 Feb;49(1):63-69. doi: 10.1111/cdoe.12577. Epub 2020 Sep 27. PMID: 32985016.

51. Silva MEA, et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. Braz. Dent. Sci. 2011; 14(1): 62-66.

52. Bonifácio JD, Aquino DR, Franco GC, Cortelli SC, Cogo K, Guimarães dos Santos J, Costa FO, Cortelli JR. Prevalence of periodontopathogens in a black Brazilian secluded community matched with a black urban population. Community Dent Health. 2011 Dec;28(4):301-4. PMID: 22320070.

53. Souza MCA de, Flório FM. Evaluation of the history of caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil. Braz J Oral Sci [Internet]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP; 2014 Jul;13(3):175–181.

54. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Saúde oral de idosos vivendo em comunidade de descendentes de escravos no Brasil. Cad Saude Colet. 2018 Oct-Dec;26(4). Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040415.

55. Rosa JAA, Fernandez MD, Vieira IS, Madi RR, de Melo CM, Oliveira CCD. Detection of oral Entamoeba gingivalis and Trichomonas tenax in adult Quilombola population with periodontal disease. ODOVTOS-Int. J. Dental Sci. 2020 May; 22(2): 157-164.

56. Miranda LP, et al. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2020; 23(2): e200146.

57. Miranda LP, et al. Autopercepção da saúde bucal e fatores associados em pessoas idosas quilombolas: um estudo de base populacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2023; 26(0): e220191.

58. Cohen-Carneiro F, et al. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26(6): 1122-1130.

59. Bezerra ESM, Nogueira AJS. Prevalence of early tooth loss in children from riverside populations of the Amazon region. Pesqui bras odontopediatria clín integr; 2012 May;12(1): 93-98. doi: 10.4034/PBOCI.2012.121.15.

60. de Souza VGL, Herkrath FJ, Garnelo L, Gomes AC, Lemos UM, Parente RCP, Herkrath APCQ. Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. PLoS One. 2022 Nov 22;17(11):e0277845. doi: 10.1371/journal.pone.0277845. PMID: 36413557; PMCID: PMC9681076.

61. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators; Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, Amini S, Arabloo J, Arefi Z, Arora A, Ayanore MA, Bärnighausen TW, Bijani A, Cho DY, Chu DT, Crowe CS, Demoz GT, Demsie DG, Dibaji Forooshani ZS, Du M, El Tantawi M, Fischer F, Folayan MO, Futran ND, Geramo YCD, Haj-Mirzaian A, Hariyani N, Hasanzadeh A, Hassanipour S, Hay SI, Hole MK, Hostiuc S, Ilic MD, James SL, Kalhor R, Kemmer L, Keramati M, Khader YS, Kisa S, Kisa A, Koyanagi A, Lalloo R, Le Nguyen Q, London SD, Manohar ND, Massenburg BB, Mathur MR, Meles HG, Mestrovic T, Mohammadian-Hafshejani A, Mohammadpourhodki R, Mokdad AH, Morrison SD, Nazari J, Nguyen TH, Nguyen CT, Nixon MR, Olagunju TO, Pakshir K, Pathak M, Rabiee N, Rafiei A, Ramezanzadeh K, Roro EM, Sabour S, Samy AM, Sawhney M, Schwendicke F, Shaahmadi F, Shaikh MA, Stein C, Tovani-Palone MR, Tran BX, Unnikrishnan B, Vu GT, Vukovic A, Warouw TSS, Zaidi Z, Zhang ZJ, Kassebaum NJ. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res. 2020 Apr;99(4):362-373. doi:

10.1177/0022034520908533. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32122215; PMCID: PMC7088322.

62. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. J Dent Res. 2014 Jan;93(1):8-18. doi: 10.1177/0022034513508954. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24323509; PMCID: PMC3872848.
63. Nath S, Poirier BF, Ju X, Kapellas K, Haag DG, Ribeiro Santiago PH, Jamieson LM. Dental Health Inequalities among Indigenous Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. Caries Res. 2021;55(4):268-287. doi: 10.1159/000516137. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34107490; PMCID: PMC8491513.
64. Poirier B, Soares G, Sethi S, Hedges J, Jamieson L. Facilitators and Challenges to Maintaining Oral Health for Indigenous Communities Globally: A Qualitative Systematic Review. J Health Care Poor Underserved. 2023;34(1):377-398. doi: 10.1353/hpu.2023.0025. PMID: 37464501.
65. Santos JAF. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. Saúde Soc 2018; 27:556-72.
66. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). Censo Demográfico 2023.
67. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. Rev Saude Publica. 2017; 51(suppl 1):3s. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051000074
68. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. Chest. 2020 Jul;158(1S):S65-S71. doi: 10.1016/j.chest.2020.03.012. PMID: 32658654.
69. Nicolau B, Eslamiamirabadi N, Dudubo O, Hong QN, Bedos C, Macdonald ME. How to use mixed methods in oral health research. Community Dent Oral Epidemiol. 2023 Feb;51(1):71-74. doi: 10.1111/cdoe.12801. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36749665.
70. Jackson GL, Cutrona SL, Kilbourne A, White BS, Everett C, Damschroder LJ. Implementation science: Helping healthcare systems improve. JAAPA. 2020 Jan;33(1):51-53. doi: 10.1097/01.JAA.0000615508.92677.66. PMID: 31880652.

Tabela 1: Lista de verificação de extensão para Revisões de Escopo do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR)

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	2
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	3
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	3
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	4
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	4
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	5
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	5
Selection of	9	State the process for selecting sources of	5

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
sources of evidence†		evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	5, 6
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	5,6
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	-
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	7
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	7
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	14-17
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	-
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	14-17
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	14-17
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions	8

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		and objectives, and consider the relevance to key groups.	
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	8, 9
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	9, 10
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	10

Tabela 2: Dados extraídos dos estudos incluídos na revisão de escopo

AUTOR	ANO	GRUPO TRADICIONAL	TIPO DE ESTUDO	LOCALIZAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	NÚMERO AMOSTRAL	COLETA DE DADOS	PRINCIPAL AGRAVO EM SAÚDE BUCAL AVALIADO	PREVALÊNCIA DOS AGRAVOS
Niswander	1967	Indígena	Transversal	Mato Grosso	>3 anos	166	Exame clínico	Cárie dentária, doença periodontal, má oclusão	Alta prevalência de cárie e doença periodontal. Baixa prevalência de má oclusão
Arantes et al	2001	Indígena	Transversal	Mato Grosso do sul	Todas as faixas etárias	228	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalência de cárie dentária
Rigonatto et al	2001	Indígena	Transversal	Mato Grosso	>05 anos	288	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalencia de cárie dentária e risco para desenvolvimento de doença periodontal
Galati	2003	Indígena	Transversal	São Paulo	05 a 12 anos	17	Exame clínico	Cárie dentária e Doença Periodontal	Alta prevalência de cárie dentária
Carneiro et al	2008	Indígena	Transversal	Amazonas	>02 anos	590	Exame clínico	Cárie dentária	Necessidade de tratamento maior para cárie dentária do que para doença periodontal
Dumont et al	2008	Indígena	Transversal	Minas Gerais	Todas as faixas etárias	2246	Exame clínico	Cárie dentária e Doença Periodontal	Alta prevalência de perda dentária
Alves Filho et al	2009	Indígena	Transversal	Rio de Janeiro	Todas as faixas etárias	508	Exame clínico	Cárie dentária, doença periodontal, perda dentária	Alta prevalencia de cárie dentária, baixo uso e necessidade de prótese, necessidade de tratamento restaurador
Cohen-Carneiro et al	2010	Ribeirinhos	Transversal	Amazonas	>18 anos	126	Exame clínico	Cárie dentária, uso/necessidade de prótese e necessidade de tratamento	Alta prevalencia de cárie dentária
Arantes et al	2010	Indígena	Transversal	Mato grosso	6 a 34 anos	691	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalência de cárie dentária
Sampaio et al	2010	Indígena	Transversal	Paraíba	18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos, 65-74 anos	1461	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalencia de perda dentária e alta necessidade de prótese dentária
Silva et al	2011	Quilombola	Transversal	Rondônia	<12 anos	29	Questionário e exame clínico	Cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese, anormalidades dento-faciais, fluorose, acesso aos serviços e autopercepção de saúde bucal	Alta prevalência de doença periodontal
Bonifacio et al	2011	Quilombola	Transversal	São Paulo	7 a 73 anos	42	Questionários, exame clínico e coleta de biofilme gengival	Doença periodontal	Alta prevalência de perda dentária

Bezerra et al	2012	Ribeirinhos	Transversal	Pará	3 a 9 anos	112	Exame clínico	Perda dentária	Alta prevalência de perda dentária
Ulhôa Netto et al	2012	Indígena	Transversal	Minas Gerais	<14 anos	152	Exame clínico	Perda dentária	Alta prevalência de perda dentária
de Lima et al	2013	Indígena	Transversal	Pernambuco	35 a 44 anos	185	Questionário e exame clínico	Perda dentária	Alta prevalência de doença periodontal
Figueiredo et al	2013	Indígena	Transversal	Bahia	≥19 anos	215	Exame clínico	Doença periodontal	Alta prevalência de cálculo dentário
de Mesquita	2013	Indígena	Transversal	Mato Grosso	15 a 19 anos 35 a 44 anos 65 a 74 anos	508	Exame clínico	Doença periodontal	Alta prevalência de cárie dentária
de Souza	2014	Quilombola	Transversal	Amazonas	6 a 12 anos, 13 a 18 anos, 19 a 34 anos, 35 a 59 anos, >60 anos	171	Exame clínico	Cárie dentária	Baixa prevalência de cárie dentária
Maurício et al	2014	Indígena	Transversal	Pernambuco	10 a 14 anos	233	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalência de doença periodontal
Gaetti-Jardim	2015	Indígena	Transversal	Mato Grosso	> 18 anos	100	Exame clínico	Doença periodontal	Alta prevalência de perda dentária
Ribeiro et al	2015	Indígena	Transversal	Bahia	≥ 19 anos	225	Questionário e exame clínico	Perda dentária	Alta prevalência de cárie dentária
Golçalves et al	2015	Indígena	Transversal	Pernambuco	5 a 15 anos	342	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalência
Ribeiro et al	2016	Indígena	Transversal	Bahia	≥19 anos	225	Questionário e exame clínico	Cárie dentária e Doença Periodontal	Média experiência de cáries em bebês e alta experiência em crianças, adultos e idosos
Oliveira et al	2016	Indígena	Transversal	Pará	18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos, 65-74 anos	308	Exame clínico	Cárie dentária	Baixa prevalência de cárie dentária
Arantes et al	2016	Indígena	Transversal	Mato Grosso do Sul	12 anos	509	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalência de cárie dentária
Caires et al	2018	Indígena	Transversal	Amazonas	7 a 12 anos; 13 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; <50 anos	138	Exame clínico	Cárie dentária	Baixa prevalência de doença periodontal
Pinto-Filho et al	2018	Indígena	Transversal	Bahia	≥ 19 anos	225	Questionário e exame clínico	Doença periodontal	Alta prevalencia de perda dentária, baixo uso de prótese, alta necessidade de prótese
Sandes et al	2018	Quilombola	Transversal	Minas Gerais	65 a 74 anos	669	Questionário e exame clínico	Cárie dentária, perda dentária e uso/necessidade de prótese	Baixa prevalência de cárie dentária e alta prevalência de doença periodontal

Arantes et al	2018	Indígena	Transversal	Mato Grosso do Sul	≥ 5 anos	775	Quetionário e exame clínico	Cárie dentária, doença periodontal e perda dentária	Alta prevalencia de cárie dentária
Soares et al	2019	Indígena	Transversal	Rio Grande do Sul	35 a 44 anos	107	Exame clínico	Cárie dentária	Alta prevalencia de perda dentária, baixa prevalencia de doença periodontal , alta necessidade de proótese
Soares et al	2019	Indígena	Transversal	Rio Grande do Sul	35 a 44 anos	109	Questionário e exame clínico	Cáárie dentária, doença periodontal, uso/necessidade de prótese	
Baldisserotto et al	2019	Indígena	Transversal	Rio Grande do Sul	5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos	204	Exame clínico	Cárie dentária, necessidade de tratamento odontológico, doença periodontal, oclusão dentária, fluorose, necessidade e uso de serviços odontológicos	Alta prevalencia de doença periodontal
Rosa et al	2020	Quilombola	Transversal	Sergipe	35 a 44 anos	29	Exame clínico e coleta de biofilme	Doença periodontal	Alta prevalencia de cárie dentária
Maurício et al	2020	Indígena	Transversal	Pernambuco	10 a 14 anos	233	Questionário e exame clínico	Cárie dentária e perda dentária	Alta prevalencia de perda dentária, alta prevalencia de doença periodontal, baixa prevalencia de lesões em tecido mole
Miranda et al	2020	Quilombola	Transversal	MInas Gerais	<60 anos	406	Questionário e exame clínico	Cárie dentária, doença periodontal, perda dentária, lesão em tecido mole	Alta prevalencia de cárie dentária
Soares et al	2021	Indígena	Transversal	Rio Grande do Sul	35 a 44 anos	107	Questionário e exame clínico	Cárie dentária	Baixa prevalência de doença periodontal
Pinto Filho et al	2021	Indígena	Transversal	Bahia	≥19 anos	204	Questionário e exame clínico	Doença periodontal	Baixa prevalencia de doença periodontal
Coelho et al	2021	Indígena	Transversal	Bahia	19 a 77 anos	225	Exame clínico	Perda dentária	Baixa prevalencia de cárie dentária e alta prevalencia de doença periodontal
Arantes et al	2021	Indígena	Transversal	Mato Grosso do Sul	5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos e 35 a 44 anos	1830	Exame clínico	Cárie dentária e Doença Periodontal	Alta prevalencia de perda dentária
de Souza et al	2022	Ribeirinhos	Transversal	Amazonas	18 a 90 anos	603	Questionário	Perda dentária	Alta experiencia de cárie dentária, alta prevalencia de doença periodontal
Miranda et al	2023	Quilombola	Transversal	Minas Gerais	>60 anos	406	Questionário e exame clínico	Cárie dentária e Doença Periodontal	Alta prevalência de cárie e doença periodontal. Baixa prevalência de má oclusão

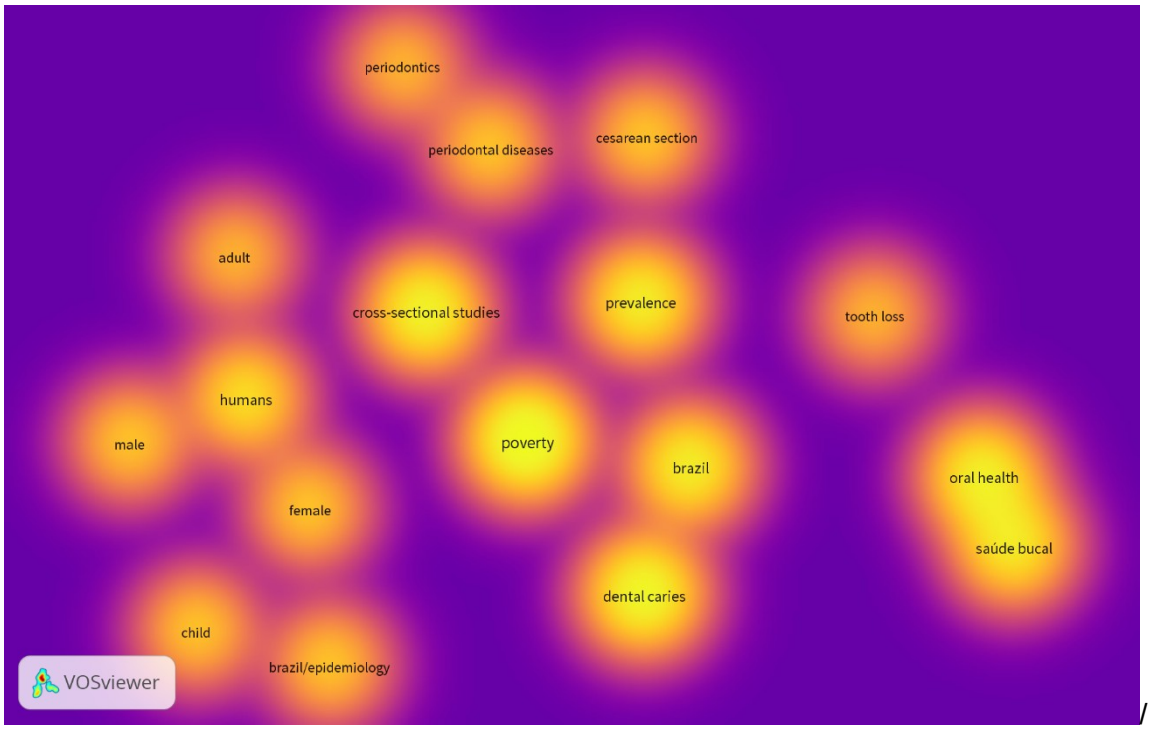

Figura 2: Densidade das palavras-chave

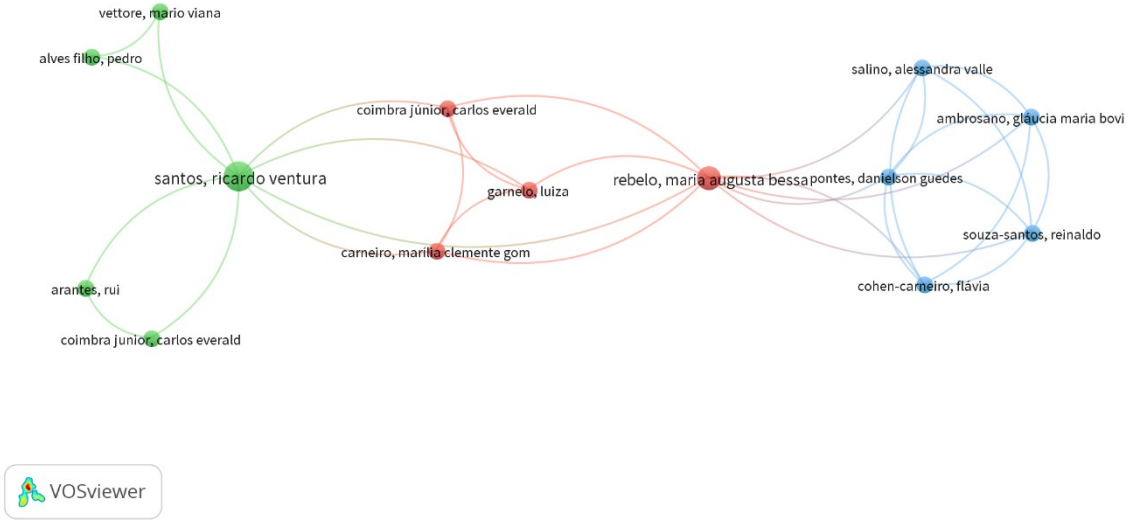

Figura 3: Mapa de coautoria

5. ARTIGO III

O manuscrito a seguir será submetido para publicação no periódico “Revista Brasileira de Epidemiologia”.

Prevalência de cárie dentária e fatores associados em crianças de um território Quilombola: uma análie interseccional

Prevalence of dental caries and associated factors in children from a quilombola territory: an intersectional analysis

Maria Letícia Barbosa Raymundo - https://orcid.org/0000-0002-5560-2223 - marialetciabarbosa@gmail.com[1]

Elza Cristina Farias de Araújo - https://orcid.org/0000-0002-8303-8914 - ecfaraujo@hotmail.com[1]

Rênnis Oliveira da Silva - https://orcid.org/0000-0001-8413-8071 - rennisilva@gmail.com[1]

Armando Cabral Lira Neto – https://orcid.org/0009-0002-2148-7391 - armando.cabral@academico.ufpb.br[1]

Edson Hilan Gomes de Lucena - https://orcid.org/0000-0003-3431-115X - ehglucena@gmail.com[1]

Yuri Wanderley Cavalcanti - https://orcid.org/0000-0002-3570-9904q - yuri.wanderley@yahoo.com[1]

[1] Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever a condição de saúde bucal de crianças do território quilombola da Comunidade Quilombola de Paratibe, e verificar os fatores associados utilizando a interseccionalidade. Métodos: Foi realizado um inquérito epidemiológico transversal, de base populacional em um território quilombola no município de João Pessoa-PB, com crianças de 4 a 8 anos. Metodologia: Foram utilizados os índices ceo-s (superfícies cariadas, extraídas e obturadas) e CPO-S (superfícies cariadas, perdidas por cárie e obturadas), e o índice pufa/PUFA (consequência da cárie não tratada). Foi utilizado um modelo de regressão multinível de Poisson, utilizando idade e recebimento de benefício assistencial como cluster, para verificar os fatores associados. Resultados: Foram realizados exames em 146 crianças. Do total de famílias, apenas 46,3% (n=62) se autoatribuíram como quilombolas, 69,7% (n=83) têm a renda menor que um salário mínimo, 67,4% (n=95) recebem algum benefício assistencial do governo e as famílias possuem em média de 4 (±1,38) pessoas por residência. Crianças de famílias quilombolas declaradas não brancas têm a prevalência 5,69 vezes maior de experiência de cárie dentária (RP =5,69, IC95% 3,2 a 10,11). As de famílias quilombolas e que possuem dieta cariogênica tem a prevalência 1,84 vezes maior de cárie (RP=1,84, IC95% 1,04 a 3,26). Dessa forma, crianças de famílias quilombolas, não brancas e com dieta cariogênica tem maior prevalência de experiência de cárie dentária, evidenciando a influência de fatores sociais e suas interseccionalidades na saúde bucal.

Palavras chave: Índice CPO-D. Disparidades no estado de saúde. Inquéritos de Saúde Bucal. Enquadramento Interseccional. Quilombolas.

Abstract

Objective: To describe the oral health condition of children from the quilombola territory of the Quilombola Community of Paratibe, and to verify associated factors using intersectionality. Methods: A cross-sectional, population-based epidemiological survey was conducted in a quilombola territory in the municipality of João Pessoa-PB, with children aged 4 to 8 years. Methodology: The dmft index (decayed, missing, and filled teeth) and DMFT index (decayed, missing due to caries, and filled teeth) were used, as well as the pufa/PUFA index (untreated caries consequences). A multilevel Poisson regression model was used, with age and receipt of welfare benefits as a cluster, to verify associated factors. Results: Examinations were performed on 146 children. Of the total families, only 46.3% (n=62) self-identified as quilombola, 69.7% (n=83) have income less than one minimum wage, 67.4% (n=95) receive some form of government assistance, and families have an average of 4 (±1.38) people per household. Children from self-identified non-white quilombola families have a 5.69 times higher prevalence of dental caries experience (PR=5.69, 95% CI 3.2 to 10.11). Those from quilombola families with a cariogenic diet have a 1.84 times higher prevalence of caries (PR=1.84, 95% CI 1.04 to 3.26). Thus, children from quilombola families, non-white, and with a cariogenic diet have a higher prevalence of dental caries experience, highlighting the influence of social factors and their intersections on oral health.

Keywords: DMFT Index. Disparities in health status. Oral Health Surveys. Intersectional Framework. Quilombolas.

Introdução

Os quilombolas são grupos étnico-raciais que se autodefinem como tal, possuem ancestralidade negra e laços territoriais específicos conhecidos como remanescentes de quilombos.[1] De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2023 foram identificados 494 Territórios Quilombolas oficialmente delimitados no país, e uma população autoatribuída quilombola de cerca de 1,3 milhões de pessoas, equivalente a 0,65% do total da população brasileira.[2]

Historicamente, os quilombolas enfrentam situação de marginalização em relação à garantia de seus direitos, com destaque para o direito à saúde.[3] A estrutura social marcada por desigualdades de raça/etnia, classe social, sexo ou idade, por exemplo, ditos Marcadores Sociais da Diferença, impactam na qualidade de vida de populações quilombolas.[4] Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como renda, escolaridade, também refletem em iniquidades em saúde.[5,6] Essas iniquidades afetam diretamente a saúde bucal das comunidades quilombolas, conforme observado em estudos anteriores.[7,8,9]

A interseccionalidade pode ser considerada como uma ferramenta analítica para entender e explicar a complexidade em que um marcador social da diferença afeta o outro.[10] Apesar de ser um conceito sociológico, integrar um quadro de interseccionalidade na pesquisa quantitativa em saúde oferece a oportunidade de aprofundar análises entre as dimensões sociais que possam interagir, uma vez que, se tratando de crianças, diversos fatores de influência em vários níveis podem afetar sua condição de saúde bucal.[11]

A questão racial tem sido relatada como um fator marcante na distribuição dos agravos,[12] e a alta prevalência de cárie dentária em crianças, que é considerado um problema de saúde pública mundial,[10,12]tem múltiplos fatores etiológicos, sendo fatores socioeconômicos[13,14] e a dieta rica em açúcares os principais deles.[15,16,17] Faz-se necessário

compreender que esses fatores não agem de forma isolada, mas sim, por meio de interações complexas.[18]

Diante da ausência de sistemas de informação em saúde sobre a saúde bucal de comunidades quilombolas, e à escassez de estudos realizados com crianças dos remanescentes de quilombos, o presente estudo teve como objetivo descrever a condição de saúde bucal de crianças do território quilombola da Comunidade Quilombola de Paratibe, sob à luz da teoria da interseccionalidade. A comunidade se localiza na região metropolitana de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, localizado no nordeste brasileiro.

Métodos

Aspectos éticos

O presente estudo foi desenvolvido de acordo com os preceitos éticos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo CAAE: 64220900.0.0000.5188.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo censitário, transversal, observacional, realizado no território da Comunidade Quilombola de Paratibe, no município de João Pessoa – PB, com crianças de 5 a 8 anos e seus responsáveis.

Local do estudo

A Comunidade Quilombola de Paratibe se localiza no Distrito Sanitário III do município de João Pessoa-PB, conta com 150 famílias. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o território quilombola de Paratibe é o 6º território quilombola com mais moradores no Brasil, com um total de 3.761 moradores. No entanto, apenas 1.054 se autoatribuem como quilombolas, sendo a menor taxa de autoatribuição. No território está localizada o Centro de Ensino Fundamental Aquarela do Saber (C.E.F.A.S.), escola de educação infantil, com crianças de 5 a 8 anos, local do presente estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e setembro de 2023, no ambiente do C.E.F.A.S, e consistiu na aplicação de um questionário aos responsáveis para caracterização demográfica e socioeconômica e verificação do potencial cariogênico da

dieta. Foram incluídas no estudo todas as crianças de 5 a 8 anos regularmente matriculadas na escola, nos períodos da manhã e da tarde. cujos responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas as crianças cujos questionários estivessem incompletos e as que não assentiram participar dos exames.

Para a caracterização demográfica foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, declaração étnico-racial realizada pelos responsáveis da criança e autoatribuição da família como quilombola. Para a caracterização socioeconômica foram utilizadas as variáveis: renda, número de pessoas residentes no domicílio e recebimento de benefício assistencial.

Por meio do recordatório da alimentação da criança, foram coletados dados sobre o potencial cariogênico da dieta utilizando uma adaptação do modelo estabelecido por Giacaman et al (2014)[15].

A experiência de cárie dentária foi avaliada por meio de exames bucais, seguindo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[19] e utilizados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL 2020)[20]. Foi adotada a superfície dentária como unidade de medida. Foram utilizados os índices ceo-s (superfícies cariadas, extraídas e obturadas) e CPO-S (superfícies cariadas, perdidas por cárie e obturadas). Além disso, foi utilizado o Índice pufa/PUFA, que apresenta medidas que quantificam a prevalência e gravidade das condições bucais resultantes da cárie dentária não tratada. O índice avalia se há comprometimento pulpar, presença de ulcerações, fístulas ou abcessos. No presente estudo, a variável foi dicotomizada nas categorias com comprometimento pulpar/ulcerações/fístulas/abcessos e sem comprometimento pulpar/ulcerações/fístulas/abcessos. Esse índice complementa o índice ceo-s[26].

Treinamento e calibração

As equipes de campo foram treinadas, em oficinas com duração de 20 horas, estratificadas em 4 horas de atividade teórica e 16 horas de prática, com objetivo de discutir a operacionalização das etapas do trabalho e a calibração para os códigos e critérios para o diagnóstico das condições bucais. A etapa prática consistiu no método *in lux*, com a com a utilização de imagens.

Os procedimentos de calibração visaram antecipar (simular) as condições de saúde bucal. Quanto à técnica de calibração, foi adotada a técnica do consenso, comparando com um referencial padrão-ouro. Para o cálculo das discordâncias entre os examinadores durante o processo de calibração será utilizado um software para cálculo de concordância (PGC – Porcentagem Geral de Concordância e Coeficiente Kappa). Os exames foram realizados por dois examinadores calibrados (Kappa >0,7).

Análise de dados

Para análise estatística foi levada em consideração a teoria da interseccionalidade para verificar os fatores associados à prevalência de cárie dentária. Foram consideradas como categoriais sociais de intersecção as variáveis: renda, autoatribuição quilombola, sexo e declaração étnico-racial da criança.

Para construção do modelo de regressão multinível de Poisson, foi desenvolvido um cluster agrupando as varáveis idade da criança e o recebimento de benefício assistencial, por meio da análise de componentes principais (KMO=0.5; Teste de esfericidade de Bartlett p=0.295).

Foram consideradas como variáveis independentes: renda, potencial cariogênico da dieta, quantidade de pessoas no domicílio, autoatribuição quilombola, sexo da criança,

declaração étnico-racial da criança, a intersecção entre as variáveis autoatribuição quilombola e renda, autoatribuição quilombola e potencial cariogênico da dieta, autoatribuição quilombola e sexo da criança, autoatribuição quilombola e declaração étnico-racial da criança.

Foram obtidos três modelos de regressão multinível, nos quais as variáveis dependentes foram: experiência de cárie dentária, cárie dentária não tratada e índice PUFA.

Variáveis com $p<0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes. Os dados foram analisados utilizando o software Jamovi 2.2.5.

Resultados

A população deste estudo foi majoritariamente do sexo feminino (59,6%, n=87), com idade média de 7 (±1,53) anos. Do total de famílias que participaram do estudo, apenas 46,3% (n=62) dessas se autoatribuíram como quilombolas. Com relação à declaração étnico-racial realizada pelos responsáveis da criança, 63,2% (79) são pardas. Com relação à condição socioeconômica, 69,7% (n=83) das famílias têm a renda menor que um salário mínimo, 67,4% (n=95) recebem algum benefício assistencial do governo e as famílias possuem em média de 4 (±1,38) pessoas por residência.

Tabela 1: Caracterização demográfica e socioeconômica da amostra

	Frequência absoluta (n)	**Frequência relativa (%)**
Sexo		
Feminino	87	59,6
Masculino	59	40,4
Não sabe/não respondeu	0	0
Declaração étnico-racial da criança		
Branco	28	19,1
Preto	15	10,2
Amarelo	3	2,0
Pardo	79	54,1
Não sabe/não respondeu	21	14,6
Autoatribuição quilombola		
Quilombola	62	42,4
Não quilombola	72	49,3
Não sabe/não respondeu	12	8,3
Renda		
Menor que um salário mínimo	83	56,8
Maior que um salário mínimo	36	24,6

Não sabe/não respondeu	27	18,6
Benefício assistencial		
Recebe	95	65,0
Não recebe	46	31,5
Não sabe/não respondeu	5	3,5
Potencial cariogênico da dieta		
Alto	59	40,4
Baixo	57	39,0
Não sabe/não respondeu	30	20,6

No modelo de regressão multinível de Poisson, as variáveis que se apresentaram associadas à experiência de cárie dentária foram renda, potencial cariogênico da dieta, quantidade de pessoas por domicílio, declaração étnico-racial da criança, a intersecção entre autoatribuição quilombola e dieta cariogênica e a intersecção entre autoatribuição quilombola e declaração étnico-racial (Tabela 2).

Tabela 2: Modelo ajustado de regressão multinível de Poisson que estimou os fatores associados à experiência de cárie aferida pelos índices ceo-s/CPO-S. No modelo multinível, a idade e o recebimento de benefício assistencial foram consideradas as variáveis para formação do cluster.

			Intervalo de Confiança de 95%		
	β	**Razão de Prevalência (RP)**	**Limite inferior**	**Limite superior**	**p-valor**
Renda					
> 1 salário - < 1 salário	-0.45	0.365	0.461	0.874	**0.005**
Potencial cariogênico da dieta					
Cariogênico - Não cariogênico	0.42	1.52	1.14	2.02	**0.004**
Quantidade de pessoas por domicílio	0.21	1.23	1.14	1.33	**<0.001**
Autoatribuição quilombola					
Quilombola - Não quilombola	0.06	1.07	0.75	1.51	0.69
Sexo da criança					

Masculino - Feminino	-2.11	0.81	0.61	1.07	0.13
Declaração étnico-racial da criança					
Não branco – branco	-0.72	0.48	0.35	0.65	**<0.001**
Renda ✻ Autoatribuição quilombola					
>1 salário - <1 salário ✻ Quilombola - Não quilombola	-0.56	0.57	0.30	1.07	0.08
Potencial cariogenico ✻ Autoatribuição quilombola					
Cariogênica - Não cariogênico ✻ Quilombola - Não quilombola	0.61	1.84	1.04	3.26	**0.03**
Autoatribuição quilombola ✻ Sexo da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻ Masculino - Feminino	0.36	1.44	0.85	2.46	0.17
Autoatribuição quilombola ✻ Declaração étnico-racial da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻ Não branco - Branco	1.73	5.69	3.2	10.11	**<0.001**

O símbolo ✻ se refere à intersecção entre duas categoriais sociais

No modelo de regressão multinível de Poisson, as variáveis que se apresentaram associadas à cárie dentária não tratada foram renda, potencial cariogênico da dieta, quantidade de pessoas por domicílio, a intersecção entre autoatribuição quilombola e dieta cariogênica e a intersecção entre autoatribuição quilombola e declaração étnico-racial (Tabela 3).

Tabela 3: Modelo ajustado de regressão multinível de Poisson que estimou os fatores associados à cárie dentária não tratada. No modelo multinível, a idade e o recebimento de benefício assistencial foram consideradas as variáveis para formação do cluster.

			Intervalo de		

			Confiança de 95%		
	β	**Razão de Prevalência (RP)**	**Limite inferior**	**Limite superior**	**p-valor**
Renda					
>1 salário - <1 salário	-0.61	0.54	0.32	0.89	**0,017**
Potencial cariogênico da dieta					
Cariogênico - Não cariogênico	0.93	2.54	1.61	4,00	**<0,001**
Quantidade de pessoas por domicílio	0,30	1,35	1,20	1,52	**<0,001**
Autoatribuição quilombola					
Quilombola - Não quilombola	-0,85	0,42	0,21	0.83	**0,012**
Sexo da criança					
Masculino - Feminino	-2.11	0.81	0.37	1.73	0.58
Autodeclração étnico-racial da criança					
Não branco – branco	0.377	1.45	0.61	3.45	0.39
Renda ✻ Autoatribuição quilombola					
<1 salário - >1 salário ✻ Quilombola - Não quilombola	-0.51	0.59	0.24	1.43	0.25
Potencial cariogenico ✻ Autoatribuição quilombola					
Cariogênica - Não cariogênico ✻ Quilombola - Não quilombola	1.03	2.82	1.12	7.07	**0.02**
Autoatribuição quilombola ✻ Sexo da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻ Masculino - Feminino	0.20	1.23	0.54	2.79	0.61
Autoatribuição quilombola ✻ Declaração étnico-racial da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻ Não branco - Branco	2.33	10.34	2.96	36.66	**<0.001**

O símbolo ✻ se refere à intersecção entre duas categoriais sociais

No modelo de regressão multinível de Poisson, nenhuma variável se apresentou associada ao índice PUFA.

Tabela 4: Modelo ajustado de regressão multinível de Poisson que estimou os fatores associados ao índice PUFA. No modelo multinível, a idade e o recebimento de benefício assistencial foram consideradas as variáveis para formação do cluster.

			Intervalo de Confiança de 95%		
	β	**Razão de Prevalência (RP)**	**Limite inferior**	**Limite superior**	**p-valor**
Renda					
> 1 salário - < 1 salário	-1.3	0.26	0.05	1.41	0.12
Potencial cariogênico da dieta					
Cariogênico - Não cariogênico	0.71	2.05	0.54	7.69	0.28
Quantidade de pessoas por domicílio	0.42	1.53	0.97	2.41	0.06
Autoatribuição quilombola					
Quilombola - Não quilombola	-0.60	0.54	0.09	3.06	0.49
Sexo da criança					
Masculino - Feminino	0.08	1.08	0.30	3.83	0.9
Autodeclração étnico-racial da criança					
Não branco – branco	-0.7	0.45	0.09	2.23	0.32
Renda ✻ Autoatribuição quilombola					
<1 salário - >1 salário ✻ Quilombola - Não quilombola	-2.35	0.09	0.00	2.23	0.14
Potencial cariogenico ✻ Autoatribuição quilombola					
Cariogênica - Não cariogênico ✻ Quilombola - Não quilombola	1,77	5.8	0.39	87.51	0.19
Autoatribuição quilombola ✻ Sexo da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻	0.29	1.34	0.10	16.67	0.81

Masculino - Feminino					
Autoatribuição quilombola ✻					
Declaração étnico-racial da criança					
Quilombola - Não quilombola ✻					
	2.82	16.8	0.91	311.4	0.058
Não branco - Branco					

O símbolo ✻ se refere à intersecção entre duas categoriais sociais

Discussão

O presente estudo mostrou que a abordagem interseccional permitiu identificar associações significativas entre categorias sociais específicas, como declaração étnico-racial e autoatribuição quilombola, e a prevalência de cárie dentária em crianças residentes na Comunidade Quilombola de Paratibe.

Segundo os resultados deste estudo, crianças cujas famílias têm renda inferior a um salário mínimo apresentam uma maior prevalência de cárie. A renda desempenha um papel direto na condição socioeconômica, a qual tem impacto na saúde bucal, conforme fora observado previamente na literatura.[22] Famílias com baixa renda enfrentam dificuldades para adquirir regularmente produtos de higiene bucal, têm acesso limitado aos serviços de saúde e encontram desafios para manter uma dieta saudável. Esses três fatores estão fortemente associados à saúde bucal.[14,15,16]

O governo federal do Brasil adotou em 2004 a medida de transferência direta de renda, com o objetivo de ampliar o acesso das famílias aos seus direitos sociais básicos, como saúde, educação e assistência social, por meio do Bolsa Família (PBF), variável utilizada para formação de um cluster no presente estudo.[23] Ao longo dos anos, o PBF

contribuiu para a melhora na saúde da população2[4,25] e, apesar de a consulta odontológica não estar incluída nas condicionalidades do programa, a Estratégia de Saúde da Família, onde está inserida a Equipe de Saúde Bucal, desempenha um papel crucial na identificação e cadastramento de famílias que são elegíveis para o PBF, além do exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde.

Levando em consideração o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a média de moradores em domicílios quilombolas é de aproximadamente 3 pessoas,[2] mas neste estudo, os domicílios em território quilombola apresentaram uma média de 4 pessoas, associando-se à cárie dentária. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que famílias maiores podem enfrentar desafios na manutenção adequada da higiene bucal de todos os membros, especialmente das crianças. O maior número de pessoas na casa pode resultar em uma sobrecarga de recursos disponíveis, como acesso a água, cuidados com a saúde e maior probabilidade de negligenciar os cuidados regulares, como a escovação, visitas ao dentista, e menor disponibilidade de recursos financeiros.

O território quilombola, assim como a população brasileira no geral, é majoritariamente composta por pessoas negras,[2] dessa forma, destaca-se a importância de avaliar a declaração étnico-racial e sua associação com agravos de saúde bucal. A literatura mostra que, de maneira geral, indivíduos negros apresentam as piores condições de saúde.[10] No entanto, deve ser levado em consideração o recorte do colorismo, termo empregado para explicar os impactos mais severos do racismo nas pessoas de pele negra mais escura.[26] A associação declaração étnico-racial e piores condições de saúde pode ocorrer por conta do racismo institucional, que mantém barreiras significativas de acesso a bens, a cuidados de saúde, extrapolando o domínio social, tornando-se uma questão de saúde pública.[27]

A autoatribuição quilombola está relacionada à identidade étnica e ao contexto histórico de discriminação e exclusão que os quilombolas enfrentaram.[3] Ao mesmo tempo, a declaração de não branquitude está ligada à raça e às experiências de racismo estrutural. Essas identidades podem se sobrepor, resultando em uma experiência única de marginalização e acesso desigual aos cuidados de saúde, incluindo a saúde bucal. Assim, a interseccionalidade, utilizada nesta análise, mostrou que crianças de famílias que se autoatribuem quilombolas e que se declaram não brancas, podem enfrentar desafios adicionais em relação à saúde bucal devido à interação complexa entre sua identidade étnica e racial. Os marcadores sociais da diferença se articulam de forma que a construção social dos indivíduos vai produzir maior ou menor exclusão social, dependendo do quanto esta construção social confronta as identidades sociais hegemônicas[28,89]. De acordo com os resultados apresentados neste estudo, essa intersecção fez com que a experiência de cárie e a cárie dentária não tratada fossem maiores neste grupo.

Outro fator que se mostrou associado à prevalência de experiência de cárie dentária em crianças do território quilombola, foi o alto potencial cariogênico da dieta. Uma dieta rica em açúcar, muitas vezes impulsionada pelo consumo de produtos industrializados, quando associada a uma má higiene, aumenta significativamente as chances de desenvolver cárie.[14,15,16] Comunidades quilombolas, muitas vezes devido à falta de recursos para manter uma alimentação mais saudável, acabam lançando mão de uma dieta rica em produtos industrializados.[30]

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de realizar pesquisas em saúde bucal que façam o recorte étnico-racial, além do recorte socioeconômico, aplicando os conceitos de marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e DSS. As ações de enfrentamento aos problemas de saúde bucal, como a cárie dentária, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[19] visam o monitoramento e a pesquisa na área, no

entanto, é imprescindível que as pesquisas em saúde bucal ocorram de forma específica na população negra e população quilombola, pois são uma potente ferramenta de transformação para o cenário da saúde bucal no Brasil[31].

Como limitações, este trabalho não permitiu inferir a causalidade, sendo necessário desenvolver uma coorte prospectiva. O uso da superfície dentária como unidade para medir a experiência de cárie contribuiu para uma análise mais sensível do agravo e o emprego da regressão multinível possibilitou uma análise mais complexa sobre seus os fatores associados.

De acordo com os resultados do presente estudo, a autoatribuição quilombola, fatores socioeconômicos e a dieta cariogênica se mostram associados à experiência de cárie dentária e a cárie dentária não tratada no território quilombola, evidenciando a influência dos DSS e dos marcadores sociais da diferença na saúde das populações vulneráveis.

Conflito de interesse

Os autores declaram que não houve conflito de interesse.

Contribuição dos autores

MLBR, ECFA e YWC conceberam a ideia do inquérito epidemiológico. MLBR, ECFA, ACLN e LXBM realizaram a coleta dos dados em campo. MLBR, ECFA, ACLN, LXBM e YWC redigiram o manuscrito original. YWC e EGHL editaram e revisaram o manuscrito. Todos os autores editaram e aprovaram o texto final antes de submetê-lo para publicação.

Financiamento

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio (código de financiamento 001). Agradecemos também à Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) pelo apoio.

Referências Bibliográficas

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. 2003 Nov 20; Seção 1: p. 1.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2023. 2023.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília-DF; 2013.
4. Grossi PK, Oliveira SB, Oliveira JL. Mulheres quilombolas, violências e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. Revista de Políticas Públicas, vol. 22, pp. 929-948, 2018.
5. Silva Junior MF, Sousa MLR, Batista MJ. Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. Braz Oral Res. 2019;33.
6. Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. Measurement of Health Disparities, Health Inequities, and Social Determinants of Health to Support the Advancement of Health Equity. J Public Health Manag Pract. 2016 Jan-Feb;22 Suppl 1(Suppl 1):S33-42. doi: 10.1097/PHH.0000000000000373. PMID: 26599027; PMCID: PMC5845853.
7. Zamboni, M. (2014). Marcadores sociais da diferença. Sociologia: Grandes Temas do Conhecimento, 1, 14-18.
8. da Silva et al. Food insecurity in rural communities in Northeast Brazil: does belonging to a slave-descendent community make a difference? Cad. Saúde Pública. 2017;33(4).

9. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. Rev Bras Epidemiol. 2017;20(1):91-101. doi: 10.1590/1980-5497201700010008.
10. da Silva et al. Oral health of quilombola and non-quilombola rural adolescents: a study of hygiene habits and associated factors. Ciênc. saúde colet. 2018;23(9).
11. Oliveira E. Couto MT, Separavich, Olinda CL. The contribution of intersectionality on understanding young men's health-disease and care in contexts of urban poverty. Interface 24 20 Jul 2020.
12. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. Oral Health Prev Dent. 2020 Apr 1;18(1):245-252. doi: 10.3290/j.ohpd.a43357. PMID: 32618448.
13. Bastos et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. Rev. bras. epidemiol. 2019;22(Suppl 02).
14. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Structural determinants of health, race, gender, and social class: a scope review. Saude soc. 2021;30(2). https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743.
15. Giancaman RA, Fernández CE, Díaz N. Fermentable carbohydrate dietary consumption measured by a cariogenicity scoring system and caries experience in youth and adults. Rev Chil Nutr. 2012;39(4):116-22.
16. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. Br Dent J. 2021;231(12):749-753.

17. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
18. Susser M. Causal thinking in the health sciences; concepts and strategies of epidemiology. New York, NY: Oxford University Press; 1973.
19. World Health Organization. Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030). WHO - World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030). Published 2023.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB BRASIL 2020 – Projeto Técnico. Brasília, 2022.
21. Monse, B. et al. PUFA - an index of clinical consequences of untreated dental caries. Community Dent Oral Epidemiol, v. 38, n. 1, p. 77-82, Fev. 2010
22.
23. Singh A, Peres MA, Watt RG. The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. J Dent Res. 2019 Jul;98(8):853-860. doi: 10.1177/0022034519849557. Epub 2019 May 15. PMID: 31091113.
24. Brasil. LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Brasília, 2004.
25. Colvara BC, Singh A, Gupta A, Celeste RK, Hilgert JB. Association between cash transfer programs and oral health-A scoping review. J Public Health Dent. 2023 Mar;83(1):69-77. doi: 10.1111/jphd.12552. Epub 2022 Dec 2. PMID: 36458510.
26. Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD, Demarco FF. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do

Bolsa Família são mais vulneráveis? Rev. Saúde Pública. 2013;47(6). https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004688.

27. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santos L, Nardi H, Alves M, Bairros F. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. Saude soc. 2021;30(2). https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414.
28. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535-549.
29. Aragão HT, Santana JT, Silva GM, Santana MF, Silva LNM, Oliveira MLL, Melo CM. Impactos da Covid-19 à luz dos marcadores sociais de diferença: raça, gênero e classe social. Saúde debate. 2022; 46(Special Issue 1). https://doi.org/10.1590/0103-11042022E123
30. Oliveira E, Couto MT, Separavich MAA, Luiz OC. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. Interface. 2020; 24 https://doi.org/10.1590/Interface.180736
31. Sousa LM, Martins KA, Cordeiro MM, Silva SU, Alexandre VP. Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(4):987-992.
32. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2022.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nos 2 planos de trabalho desta dissertação, foi possível verificar que os estudos sobre a saúde bucal de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) acontecem de forma isolada e independente no Brasil, no entanto, investigam a cárie dentária, principal agravo de saúde bucal mundial.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal de PCT, com um foco na Comunidade Quilombola de Paratibe, mostrou a influência das desigualdades em saúde e das complexidades envolvidas na saúde bucal no território. Estudos que analisam para além das condições de saúde bucal e exploram os determinantes sociais e a interseccionalidade que desempenham papéis críticos na saúde bucal dessas populações, são incipientes, porém, necessários para a visibilidade epidemiológica dessa população, de acordo com os resultados apresentados nesta dissertação.

A interseccionalidade, que se refere à interação entre diferentes marcadores sociais da diferença, como raça, classe, etc, representados neste estudo por meio da autodeclaração étnico-racial, renda familiar e recebimento de benefício assistencial, bem como a idade, também é um aspecto relevante. Nas comunidades quilombolas, a interseccionalidade pode ser evidente, uma vez que essas populações podem enfrentar discriminação racial e, ao mesmo tempo, desafios econômicos e de acesso a serviços de saúde. Isso pode amplificar os efeitos negativos na saúde bucal, corroborando com os fatores associados à saúde bucal de crianças quilombolas, verificados no inquérito epidemiológico realizado no território da Comunidade Quilombola de Paratibe.

Com relação às políticas vigentes como a Política nacional de Saúde integral da População negra, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, ainda que não impliquem em especificações sobre a manutenção da saúde bucal, faz-se necessário realizar a vigilância e avaliação dos efeitos destas na saúde das populações. Com relação à Política Nacional de Saúde Bucal, e a Lei nº 14.572/2023, que não incluem de forma específica a saúde bucal de PCT, faz-se necessário incluir na agenda da saúde bucal brasileira. Apesar das dificuldades de realizar inquéritos epidemiológicos em saúde bucal a nível nacional, em um território com dimensões continentais como

o Brasil, é preciso direcionar o olhar para essas populações e incentivar estudos na área.

Os inquéritos em saúde bucal de comunidades quilombolas e indígenas, ribeirinhos ou povos ciganos no Brasil são fundamentais para compreender e enfrentar as iniquidades em saúde, que promovem desvantagens e se transformam em injustiças. Apesar de o acesso aos serviços de saúde e de saúde bucal terem aumentado no Brasil, as desigualdades sociais e regionais ainda são marcantes e determinantes para comunidades tradicionais.

Contudo, é imprescindível a realização de estudos adicionais abrangendo outros PCT em todo o território brasileiro, não abordados neste trabalho, a fim de diminuir a invisibilidade epidemiológica que envolve também os outros grupos.

É importante destacar que os estudos em Epidemiologia na Saúde Bucal Coletiva não devem excluir teorias do subcampo das Ciências Sociais em Saúde. O uso dos marcadores sociais da diferença, bem como da interseccionalidade, utilizados neste trabalho, permite uma análise mais profunda sobre os problemas de saúde bucal. A interseção dessas disciplinas é fundamental para abordar as complexas interações entre determinantes sociais, contextos culturais e práticas de saúde, contribuindo para o avanço da saúde bucal nas comunidades tradicionais, e na sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Araújo R, Araújo EM, Miranda SS, Chaves J, Araújo JA. Self-reported tooth extractions and associated factors in quilombola communities in the semi-arid region of Bahia state, Brazil, 2016. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. 2020;29(2).
2. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

3. Bastos JLD, et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. Ciênc. Saúde coletiva. 2007;12(6).
4. Batista EC, Rocha KB. Mental health in Brazil's quilombola communities: a systematic review of the literature. Interações (Campo Grande). 2020;21(1).
5. Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 de Fevereiro de 2007. Brasil; 2007.

6. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília - DF, 2013.

7. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral à População Negra. Brasília, 2013.

8. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília-DF; 2002.

9. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília-DF; 2013.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília - DF, 1988.
11. Brasil, Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,2012.

12. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília – DF, 2004.
14. Brasil. Lei 14.572, de 08 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília-DF, 2023.
15. Brasil, Ministério da Cidadania. CECAD – Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico. Famílias Quilombolas inscritas no Cadastro Único, Famílias Indígenas beneficiárias do Programa Bolsa Família/Programa Auxílio Brasil, Famílias Ciganas beneficiárias do Programa Bolsa Família/Programa Auxílio Brasil., Total de famílias Ribeirinhas inscritas no Cadastro Único. Fevereiro de 2023, Brasil.
16. Carneiro MCG, et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(6).
17. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991Watt 2018
18. De Lucena EHG, da Silva RO, Barbosa ML, et al. Influence of socioeconomic status on oral disease burden: a population-based study. BMC Oral Health. 2021;21:608.
19. Dourado DG, et al. "Molar-incisor hypomineralization in Quilombola children and adolescents: a study of prevalence and associated factors." Journal of public health dentistry. 2021;81(3).
20. Durand MK, Heideman ITSB. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. Rev. esc. enferm. USP. 2019.

21. França TKXS, et al. Crianças e adolescentes quilombolas apresentam alta prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte. Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26(7).

22. Fundação Cultural Palmares. Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (crqs) atualizada até a portaria nº- 104/2016, publicada no dou de 20/05/2016. Available from: [URL](https://www.palmares.gov.br/wp content/uploads/2016/06/COMUNIDADES-CERTIFICADAS.pdf).

23. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2013.

24. Governo do Estado da Paraíba, Projeto Cooperar. Marco conceitual para povos Indígenas e Quilombolas. Paraíba, 2012.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2023. 2023.

26. Mota AN, et al. Um olhar para a vulnerabilidade: análise da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas no Brasil. J Hum Growth Dev. 2021;31(2).

27. Organização Mundial da Saúde. (2023). Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030). WHO - World Health Organization.

28. Pereira AC, et al. Tratado de saúde bucal coletiva. Ed Napoleão, 1ª ed, 2009.

29. Silva EKP, Medeiros DS. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2020;18(1).

30. Soares GH, Pereira NF, Biazevic MGH, et al. Dental Caries in South American indigenous peoples: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2019;47:142–52.

31. Zank S, Ávila JCV, Hazanaki N. The forest gives us health: relationships between environmental health and human health in Maroon communities of Santa Catarina. Rev. bras. plantas med. 2016;18(1).

32. Zamboni, M. (2014). Marcadores sociais da diferença. Sociologia: Grandes Temas do Conhecimento, 1, 14-18.

ANEXO I – Normas para submissão no periódico Ciência & Saúde Coletiva

Instruções aos autores

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

1. 1. Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito

obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.

2. 2. Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
3. 3. Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Orientações para organização de números temáticos

1. A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

2. Modalidades de Números Temáticos:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico

e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada. Maiores informações no site da Revista.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O que uma proposta de número temático deve conter?

No conteúdo:

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

Na forma:

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático;
- Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva.
- Listagem dos dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.
- Proposta de texto de opinião ou de entrevista

com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.
- O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

1. O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
2. Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicite, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
3. As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
4. O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
5. Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
6. As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos

ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (running head) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do

texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em

seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindoa palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (https://orcid.org/) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas

no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados noprograma Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolu¬ção (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

A RC&SC atende a Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação / Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Gabinete sobre citação obrigatória da CAPES para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al*.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” [11] (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos*

biomédicos(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão** *et al*.)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins.* Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology;* 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade:* nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil;* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol.* No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pare**s por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO II – Normas para submissão no periódico Revista Brasileira de Epidemiologia

Instruções aos autores

Escopo e informações gerais

A Revista Brasileira de Epidemiologia (EPIDEMIO) é um periódico científico publicado pela Associação Brasileira de

Saúde Coletiva. Seu primeiro número foi publicado em 1998, mantendo desde então contínua e regular divulgação de artigos originais com elevado mérito científico que contribuam para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. A Revista Brasileira de Epidemiologia é bilíngue. Todos os artigos submetidos em português ou espanhol e aprovados são publicados também na língua inglês.

Os artigos são publicados em fluxo contínuo e todos são de acesso livre e gratuito em https://www.scielo.br/rbepid. Os artigos publicados pela EPIDEMIO estão sob licença Creative Commons do tipo BY-CC. Assim, é permitida a cópia, a adaptação, a remixagem e a redistribuição do material em qualquer formato e por qualquer meio, indicando claramente eventuais mudanças realizadas. Sempre devem ser dados os créditos apropriados de autoria e publicação, além de apresentado o link para a licença. Ao publicarem seu artigo na EPIDEMIO, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Os manuscritos são submetidos online por meio da plataforma Scholar One, disponibilizada em https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo.

Políticas da Revista Brasileira de Epidemiologia

Política de ética e transparência na publicação

Princípios gerais

A EPIDEMIO segue as orientações de ética e transparência na publicação contidas no documento *Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas*, publicado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE), pelo *Directory of Open Access Journals* (DOAJ), pela *Open Access Scholarly Publishers Association* (OASPA) e pela *World Association of Medical Editors* (WAME). Ele pode ser acessado na íntegra em https://doi.org/10.24318/cope.2019.1.12.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Todos os trabalhos submetidos à EPIDEMIO devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque (https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects) e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 (https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf) e nº 510/2016 (https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf) do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP (Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa), caso o estudo seja conduzido no Brasil. Estudos conduzidos fora do Brasil devem ter aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com autoridade legal para avaliar e aprovar a realização da pesquisa. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é dispensada para estudos que analisam dados agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados oficiais de domínio público.

É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

Política de consentimento informado

Toda pesquisa conduzida com seres humanos deve prever o consentimento dos participantes das pesquisas ou de seus responsáveis legais. De forma clara os sujeitos de pesquisa ou seus representantes legais devem ter conhecimento dos objetivos da pesquisa, métodos, potenciais riscos e benefícios. A eles deve ser fornecido o contato dos pesquisadores e garantida a opção de se retirar do estudo a qualquer momento. A forma de obtenção do termo de consentimento e o seu conteúdo devem ser analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa e tal aprovação deve ser comprovada à EPIDEMIO quando da submissão do manuscrito.

Registro de ensaios clínicos

A EPIDEMIO apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (https://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html) registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação em acesso aberto. Por essa razão, são aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na folha de rosto.

Critérios de autoria

Para a definição de autoria dos artigos, a EPIDEMIO acompanha as Recomendações para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos, elaboradas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*. Os autores devem seguir as diretrizes disponíveis em http://www.icmje.org/, traduzidas para o português no artigo de Duarte e Pansani (2015), disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577.

As contribuições de cada um dos autores devem ser descritas ao se submeter o artigo. A Epidemio adota a taxonomia CRediT, que contempla 14 possíveis participações dos autores na realização do estudo. Maiores informações estão disponíveis em https://credit.niso.org/. Essa informação deve ser incluída diretamente na plataforma de submissão de manuscritos (Scholar One).

Má conduta em pesquisa

A EPIDEMIO incorpora em seus protocolos rígidas diretrizes para prevenir e identificar eventuais más condutas nas pesquisas. Caso identificado algum sinal de má conduta no estudo submetido à revista, os Editores-Chefes seguem as diretrizes COPE para lidar com a situação.

Compartilhamento de dados

A EPIDEMIO incentiva que os autores disponibilizem publicamente os dados brutos dos seus estudos e as rotinas utilizadas nas análises dos dados. No caso de estudos de intervenção, os dados devem, obrigatoriamente, estar disponíveis em acesso aberto ou a pedido, sempre anonimizados.

A EPIDEMIO incentiva que os autores disponibilizem publicamente os dados brutos dos seus estudos e as rotinas utilizadas nas análises dos dados em repositórios certificados. Os autores devem selecionar repositórios apropriados ao campo de conhecimento do manuscrito ou repositórios multidisciplinares. A EPIDEMIO não exige a submissão a portais específicos de compartilhamento de dados, mas reforça que as bases FAIRsharing (https://fairsharing.org/) e re3data.org (https://www.re3data.org/) listam repositórios de dados certificados e podem ser consultadas para identificação daqueles que mais se adequam ao tema em estudo. A revista também destaca a existência do SciELO Data (https://data.scielo.org/), um repositório multidisciplinar para depósito, preservação e disseminação de dados de pesquisa. No caso de estudos de intervenção, os dados devem, obrigatoriamente, estar disponíveis em acesso aberto ou a pedido, sempre anonimizados.

Submissão a preprints

A EPIDEMIO aceita preprints como uma forma de disseminação rápida e ampla de resultados de pesquisa antes de sua publicação formal. Antes ou durante o processo de revisão pela revista os autores podem compartilhar seus preprints em repositórios reconhecidos. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo na folha de rosto quando realizar a submissão do manuscrito ou, posteriormente, por e-mail (rbesubmissao@fsp.usp.br). Os preprints não serão considerados como publicação prévia e não afetarão a decisão dos editores sobre a publicação formal. A Epidemio RBE não exige a submissão a portais específicos de preprint, mas sugere a SciELO Preprints (https://preprints.scielo.org/index.php/scielo) e a medRxiv (https://www.medrxiv.org).

Política de retratações

A retratação de um artigo pode ser necessária em casos de conduta antiética, erros graves, inconsistências ou falhas que possam afetar significativamente a validade e a credibilidade da pesquisa publicada na EPIDEMIO. Os critérios para que ocorra uma retratação incluem evidências de:

- Fraudes (como fabricação de dados) que desqualifiquem os achados do estudo;
- Erros metodológicos significativos que invalidem ou comprometam a precisão ou a validade da pesquisa publicada

e de suas conclusões;
- Violações éticas na pesquisa publicada;
- Não divulgação de importante conflito de interesse que pode afetar indevidamente as interpretações do trabalho;
- Violação de direitos autorais ou outro problema legal sério;
- Plágio de outro trabalho já publicado;
- Publicação duplicada sem a devida justificativa e permissão.

Os editores avaliarão cada caso de possível retratação cuidadosamente, conduzindo uma investigação minuciosa segundo os fluxos propostos nas diretrizes COPE (https://publicationethics.org/retraction-guidelines). Caso a retratação seja considerada necessária, a revista irá publicá-la em página numeradas na mesma seção do jornal que o artigo original, com uma nota explicativa que descreva claramente o motivo para a retratação.

Política de correções pós-publicação

Os autores têm a responsabilidade de revisar cuidadosamente seus artigos antes da submissão. Além disso, a revista realiza uma revisão rigorosa antes da publicação. No entanto, caso haja na versão publicada erros menores, imprecisões ou omissões que não afetem significativamente a validade ou a credibilidade do artigo, podem ser solicitadas correções pós-publicação.

Os editores avaliarão cada possível correção cuidadosamente e decidirão se ela é necessária e se ela deve ser publicada. Os procedimentos administrativos e o fluxo na análise de correções pós-publicação serão aqueles orientados pela COPE (https://publicationethics.org/postpublication).

Política do processo de revisão por pares

O processo de revisão por pares é etapa vital do processo editorial do artigo, por isso a EPIDEMIO dedica a ele muito cuidado. Ao mesmo tempo, a revista entende que a agilidade do processo editorial é muito importante para os autores e para a comunidade científica. Assim, a EPIDEMIO procura sempre oferecer análises com ética, máximo rigor científico e agilidade. Para isso, são seguidas as seguintes etapas:

- Análise de mérito pelos Editores-Chefes: todos os manuscritos recebidos são analisados pelos Editores-Chefes, que avaliam (a) a adequação do estudo ao escopo da revista, (b) a contribuição que ele oferece ao avanço do conhecimento, (c) a sua originalidade, (d) o rigor metodológico com que o estudo foi conduzido, (e) a aderência das conclusões aos resultados apresentados.
- Revisão técnica dos manuscritos: a secretaria-executiva da EPIDEMIO avalia se os manuscritos selecionados pelos Editores-Científicos estão formatados de acordo com as instruções técnicas da revista. Caso alguma incorreção seja identificada, o manuscrito é devolvido ao autor de correspondência com a indicação do ajuste necessário. Apenas textos que atendam a todos os critérios de forma descritos nas “Instruções aos Autores” passam à revisão por pares.

- Revisão por pares: os manuscritos selecionados pelos Editores-Chefes são encaminhados a um Editor-Associado, que sempre será um pesquisador com sólida e reconhecida formação no tema do manuscrito. Ele irá indicar revisores com notória competência para análise do estudo. Cada manuscrito irá receber no mínimo dois pareceres, que serão analisados pelo Editor-Associado para elaboração de um parecer aos Editores-Chefes. O processo de revisão por pares adotado pela EPIDEMIO é duplo-cego, ou seja, revisores e autores não conhecem as identidades uns dos outros.
- Decisão editorial: Com base nos pareceres dos revisores e do Editor-Associado, os Editores-Chefes decidem (1) pela recusa do manuscrito; (2) por oferecer nova chance aos autores mediante apreciação e resposta aos pareceres recebidos; ou (3) aprovação com ou sem mudanças. No caso dos desfechos 2 e 3, a apreciação da nova versão do manuscrito pode ser feita apenas pelos editores ou o texto revisado pode ser enviado novamente a revisores *ad hoc*. Mais de uma rodada de avaliação do manuscrito pode ser necessária, de acordo com os pareceres dos editores. A não observância pelos autores dos prazos de revisão estipulados pela revista pode resultar no arquivamento da submissão.

A EPIDEMIO analisa todos os manuscritos submetidos em sistema para identificação de plágio.

A EPIDEMIO reforça aos revisores a necessidade de rigorosa observância dos requisitos éticos para revisão por pares elaborados pelo *Committee on Publication Ethics*, conforme disponível em https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

Equidade de gênero

Editores e revisores da Revista Brasileira de Epidemiologia, além dos autores que publicam na revista, devem sempre observar as diretrizes sobre *Equidade de Sexo e Gênero em Pesquisa* (*Sex and Gender Equity in Research* - SAGER). As diretrizes SAGER compreendem um conjunto de diretrizes que orientam o relato de informações sobre sexo e gênero no desenho do estudo, na análise de dados e nos resultados e interpretação dos achados, conforme descrito em inglês em https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/ e em português em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017005001101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Além disso, a EPIDEMIO observa a política de equidade de gênero na formação de seu corpo de editores e revisores.

Tipos de manuscritos aceitos

A EPIDEMIO recebe manuscritos nas seguintes categorias:

- Artigos originais: com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras). Os artigos devem contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.

- Artigos de revisão sistemática e metanálise (não são aceitas revisões integrativas; máximo de 3.400 palavras). Os artigos devem contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.

- Artigos metodológicos, de opinião e ensaios teóricos: artigos de opinião ou que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos (máximo de 3.400 palavras). Tais artigos não precisam seguir o formato Introdução-Métodos-Resultados-Discussão;

- Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil: o objetivo é apresentar como se dá a construção de estudos de base populacional, sejam transversais ou de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);

- Artigos para Debate: o artigo receberá comentários e análises de diferentes autores na forma de consenso/dissenso. Essa modalidade ocorre a convite dos editores (máximo de 2.000 palavras). Tais artigos não precisam seguir o formato Introdução-Métodos-Resultados-Discussão;

- Comunicações breves: relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 1.000 palavras e contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão; até duas tabelas/figuras podem ser apresentadas ocupando até três páginas somadas; as referências apresentadas são limitadas a

seis);

- Cartas ao Editor: comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 500 a 700 palavras).

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.
Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

Folha de rosto

A folha de rosto deve conter:

- título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);
- título resumido (máximo de 10 palavras);
- dados dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);
- indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;
- agradecimentos (máximo de 70 palavras). Podem ser mencionadas nos agradecimentos pessoas que colaboraram com o estudo, porém não preencheram os critérios de autoria, e/ou instituições que apoiaram a pesquisa com recursos financeiros, logísticos ou outros. Os autores devem enviar à

EPIDEMIO a anuência (formulário assinado) das pessoas mencionadas nos agradecimentos;
- informação quanto à existência ou ausência de conflitos de interesses;
- fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;
- número de identificação/aprovação do CEP;
- nome do servidor e DOI do preprint, caso o manuscrito tenha sido depositado.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

- **Introdução**
- **Métodos**
- **Resultados**
- **Discussão**

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem

ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências

Artigo de periódico

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saúde Pública 2018; 52: 22. https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. PLoS Med 2013; 10: e1001390. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390

Livros e outras monografias

Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2ª ed. Malden: Blackwell Science; 2003.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP, ed. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Dissertação

Terlan RJ. Prevalência de não realização de citopatológico de colo de útero entre gestantes no município de Rio Grande, RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 2015.

Tese

Barros S. Efeito da respiração lenta na pressão arterial e na função autonômica em hipertensos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 2017.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Jacobina AT. A emergência do movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos.

In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2018. Disponível em: https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-emergencia-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-sua-relacao-com-os-partidos-politicos

Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Genebra: World Health Organization; 2011.

Documentos eletrônicos

Brasil. Indicadores e dados básicos: IDB Brasil [Internet]. 2010 [acessado em 7 mar. 2019]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort

Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de sete páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Devem ser apresentadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas simples. São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (MS Word ou MS Excel), nunca em imagem.

Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF (em arquivo único), com a

opção Arquivo Complementar para Avaliação (*Supplemental File for Review*). O conteúdo desses arquivos não deve ser inserido no final do manuscrito. Todos devem ser suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”.

A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade da primeira publicação.

Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da EPIDEMIO apenas após a aprovação do manuscrito.

Uso de guias para relato de informações científicas

Recomenda-se aos autores, sempre que pertinente, a leitura e a observância dos guias de redação científica. Para ensaios clínicos, recomenda-se o CONSORT (http://www.consort-statement.org/), para estudos observacionais o STROBE (http://www.strobe-statement.org) e para revisões sistemáticas o PRISMA (http://www.prisma-statement.org). Sugere-se o portal da Rede EQUATOR (*Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research*) para acesso a outros guias e para orientações adicionais que visam garantir qualidade e transparência nas pesquisas em saúde (https://www.equator-network.org).

Outras orientações

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas) deve ser apresentado em fonte Times New

Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem ser acompanhadas pelo termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Taxa de processamento de artigo

A versão em inglês dos artigos é custeada integralmente pela EPIDEMIO. Já a taxa de editoração é paga pelos autores. O valor é revisado regularmente, sendo para artigos submetidos a partir de 06 de abril de 2021 igual a R$800 para comunicações breves e R$1.200 para todos os demais tipos de artigo.

A taxa é paga apenas após a aprovação do manuscrito e os autores devem aguardar comunicação da secretaria executiva da revista com instruções para o pagamento. Nota fiscal e demais documentos comprobatórios são fornecidos pela revista para apresentação a instituições de ensino, pesquisa, agências de fomento e outras. Solicitações de desconto podem ser requeridas pelos autores mediante justificativa caso todos sejam provenientes de programas de pós-graduação nível 3 ou nível 4 da CAPES de qualquer região do Brasil ou com vinculações únicas a secretarias municipal e/ou estadual de saúde. Caberá à EPIDEMIO avaliar a possibilidade de oferta de subsídio.

Formas de contato

Endereço físico: Av. Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 03 - 01246-904 - Cerqueira César - São Paulo -SP – Brasil

Telefone/Fax: +55 11 3085–5411

Website: https://www.scielo.br/rbepid

Endereço eletrônico: rbesubmissao@fsp.usp.br