



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULO HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE ADULTOS NEGROS
PERIFÉRICOS EM BUSCA DE SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA
DA COVID-19**

**VITÓRIA DA CONQUISTA
2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PAULO HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE ADULTOS NEGROS
PERIFÉRICOS EM BUSCA DE SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA
DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Raquel Souza.

VITÓRIA DA CONQUISTA
2023


Paulo Henrique Martins de Oliveira

“Itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da Pandemia da COVID-19”


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Produção de cuidado e práticas em saúde

Aprovada em 05/12/2023


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **RAQUEL SOUZAS**
Data: 08/12/2023 09:39:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Raquel Souza (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **DANIELA ARRUDA SOARES ALVES**
Data: 07/12/2023 08:23:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Daniela Arruda Soares Alves (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **MARCIA PEREIRA ALVES DOS SANTOS**
Data: 06/12/2023 22:26:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Marcia Pereira Alves dos Santos (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

O48

Oliveira, Paulo Henrique Martins de.

Itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia de COVID-19 / Paulo Henrique Martins de Oliveira.
-- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023.

105 f.; il.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Raquel Souza.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Saúde Bucal. 2. População Negra. 3. Covid-19. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Souza, Raquel. III. Título.

CDU: 616.314-84

DEUS, gratidão pela sua infinita
bondade e misericórdia, e ao meu anjo guardião, pela
proteção, orientação e inspiração.

Agradecimentos

Neste momento, de conclusão de um importante capítulo da minha vida acadêmica, gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização de um grande sonho.

Dedico este trabalho aos meus pais, Dielmo e Fátima, e irmãos, Rita e Júnior, pilares da minha vida, que com amor e sacrifício me proporcionaram a base sólida sobre a qual construí meus sonhos e aspirações. A vocês, minha eterna gratidão e admiração.

Expresso minha profunda gratidão aos meus amigos, em especial a Jules Ramon, Luiza, Ângela, Daiane, Elba e Pablo, verdadeiros companheiros de jornada, que com suas presenças, apoios e incentivos, tornaram os momentos de desafios mais leves e as conquistas ainda mais significativas.

Aos meus professores, mestres não só no conhecimento científico, mas na arte de ensinar e inspirar, meus sinceros agradecimentos. Vocês foram fundamentais na minha formação e crescimento profissional, e cada lição aprendida será sempre um tesouro em minha carreira.

Um agradecimento especial à minha orientadora, cuja sabedoria, paciência e dedicação guiaram-me, não apenas na elaboração desta dissertação, mas também no entendimento profundo do impacto e da responsabilidade da nossa profissão na saúde coletiva. Sua influência em minha trajetória é inestimável.

Em especial, agradeço aos entrevistados que participaram deste estudo. Suas disposições em compartilhar experiências, percepções e conhecimentos foram vitais para o desenvolvimento desta dissertação. Cada depoimento foi um alicerce na construção do meu entendimento sobre as complexidades e as nuances no campo da saúde coletiva.

À Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, pela resiliência e fomento à pesquisa, que não só me proporcionou uma plataforma única de aprendizado e experiência, mas também foi fundamental na construção do meu conhecimento prático e teórico em saúde pública. Esta obra é um reflexo do ambiente desafiador e enriquecedor que encontrei nesse contexto profissional.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa caminhada, meu sincero obrigado. Cada um de vocês é parte integrante desta conquista.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre. (Paulo Freire)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados sociodemográficos dos entrevistados	50
-----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Representação visual da saturação das entrevistas.....	49
Quadro 2	Categoria 1: Autopercepção da saúde bucal.....	53
Quadro 3	Categoria 2: Queixa de dor de dente.....	59
Quadro 4	Categoria 3: Relato de automedicação.....	61
Quadro 5	Categoria 4: Barreiras no acesso aos serviços de saúde bucal.....	66
Quadro 6	Categoria 5: Barreiras intensificadas no atendimento odontológico em tempos de COVID-19.....	70
Quadro 7	Categoria 6: Relato de busca por atendimento privado.....	75
Quadro 8	Categoria 7: Relação entre raça/cor e acesso aos serviços de saúde.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Análise de similitude da pergunta: Como e quando foi a primeira vez que notou que precisava de cuidar da saúde bucal?	54
Figura 2.	Análise da pergunta: Você tomou alguma iniciativa pessoal para resolver o problema?	63
Figura 3.	Quais os principais desafios que você enfrenta para conseguir atendimento odontológico no posto de saúde?	67
Figura 4.	Análise de similitude da pergunta: Fale sobre os caminhos percorridos por você para conseguir tratar suas demandas de saúde bucal durante o período crítico da pandemia de COVID-19?	72
Figura 5.	Análise de similitude da pergunta: Considerando também esses momentos (antes, durante e após a pandemia), aonde você ia ou vai quando não consegue lidar sozinho com o seu problema de saúde bucal?	76
Figura 6.	Análise de similitude da pergunta: O (a) Sr (a) se sentiu injustiçado (a), devido à discriminação no atendimento recebido nos serviços de saúde?	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Campus Anísio Teixeira
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CRO	Conselho Regional de Odontologia
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i> 2019 (doença por coronavírus 2019)
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto Multidisciplinar em Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFBA	Universidade Federal da Bahia

RESUMO

OLIVEIRA, Paulo Henrique Martins de. “Itinerários terapêuticos de adultos negros periféricos em busca de saúde bucal na pandemia da COVID-19”. **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2023.

Esta pesquisa analisou os itinerários terapêuticos de adultos negros, com necessidades odontológicas, residentes em áreas periféricas no município de Vitória da Conquista–Ba, durante o período da pandemia de COVID-19. A busca de dados realizada coletou entrevistas de 14 participantes, autodeclarados pretos ou pardos, de acordo com a classificação do IBGE, em outubro de 2022. A análise dos dados fundamentou-se na compreensão das narrativas, utilizando a metodologia, proposta por Fontanella (2011), na interpretação do conteúdo das entrevistas, pela técnica de Bardin (2016) e na análise de similitude, pelo software Iramuteq. Os critérios de inclusão envolveram indivíduos autodeclarados negros (pardos e pretos), com 18 anos ou mais e residentes na periferia da zona urbana do município de Vitória da Conquista-Bahia, inseridos em territórios de abrangência da USF de referência há pelo menos 6 meses e que tiveram pelo menos um atendimento odontológico prévio à pandemia. Foram excluídos da pesquisa, os que não tinham disponibilidade de 30 minutos ou mais para a entrevista e que residissem em áreas não cobertas pela ESF. As categorias analisadas incluem: (i) autopercepção da saúde bucal; (ii) queixa de dor de dente; (iii) automedicação; (iv) barreiras no acesso ao serviço de saúde bucal e suas atenuações no período da COVID-19; (v) busca por atendimento privado; (vi) relação entre raça/cor e acesso aos serviços de saúde. Os participantes, em termos sociodemográficos, caracterizam-se por baixa renda e escolaridade, terem vínculos com o SUS e revelaram buscar atendimento odontológico apenas diante da manifestação de dores, recorrendo à automedicação. Em relação às barreiras identificadas, os entrevistados relataram dificuldades no acesso ao serviço de saúde, atribuídas às questões burocráticas, escassez de profissionais e insumos, tempo para obtenção de consultas e dificuldades em encontrar vaga para atendimento. O estudo ressalta a possibilidade de desconhecimento de práticas discriminatórias na busca por serviços de saúde, evidenciando lacunas no acesso aos cuidados odontológicos, incluindo o período da pandemia de COVID-19, e fornece subsídios para políticas de saúde mais inclusivas e eficazes, voltadas para as necessidades específicas dessa população, visando a equidade no acesso aos cuidados em saúde bucal.

Palavras-chaves: Covid-19; Saúde Bucal; População Negra, Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Paulo Henrique Martins de. "Therapeutic itineraries of peripheral black adults seeking oral health during the COVID-19 pandemic". **Master's degree dissertation presented to the Postgraduate Program in Collective Health at the Federal University of Bahia**. Vitoria da Conquista, Bahia: UFBA, 2023.

This research analyzed the therapeutic itineraries of black adults, with dental needs, living in peripheral areas in the municipality of Vitória da Conquista–Ba, during the period of the COVID-19 pandemic. Using a qualitative methodology, data collection was carried out through semi-structured interviews with 14 participants, self-declared black or mixed race, according to the IBGE classification, in October 2022. Data analysis was based on understanding the narratives, using the methodology proposed by Fontanella (2011), in the interpretation of the content of the interviews, using the Bardin technique (2016) and in the similarity analysis, using the Iramuteq software. The inclusion criteria involved self-declared black individuals (brown and black), aged 18 or over, residing on the outskirts of the urban area of the municipality of Vitória da Conquista-Bahia, inserted in territories covered by the reference USF for at least 6 months and who had at least one dental treatment prior to the pandemic. Those who did not have the verbal capacity to respond to the survey were excluded from the study, as well as those who did not have 30 minutes or more available for the interview or who lived in areas not covered by the ESF. The categories analyzed include: (i) self-perception of oral health; (ii) complaint of toothache; (iii) self-medication; (iv) barriers to accessing oral health services and their mitigation during the COVID-19 period; (v) search for private care; (vi) relationship between race/color and access to health services. The participants, in sociodemographic terms, are characterized by low income and education, have links with the SUS and revealed that they sought dental care only when experiencing pain, resorting to self-medication. In relation to the barriers identified, interviewees reported difficulties in accessing the health service, attributed to bureaucratic issues, shortage of professionals and supplies, delays in scheduling appointments and difficulties in finding a place for care. The study highlights the possibility of underreporting or ignorance of discriminatory practices in the search for health services, highlighting gaps in access to dental care during the COVID-19 pandemic, and provides support for the formulation of more inclusive and effective health policies, aimed at the specific needs of this population, aiming for equity in access to oral health care.

Keywords: Covid-19; Oral Health; Black Population; Therapeutic Itinerary.

SUMÁRIO

1. PERCURSO PESSOAL AO ENCONTRO DO TEMA.....	16
2. INTRODUÇÃO	20
2.1. RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO	20
2.2. JUSTIFICATIVA	21
2.3. PRESSUPOSTO	22
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GERAL.....	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
4.1. RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL EM SAÚDE	24
4.2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA ...	27
4.3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE).....	29
4.4. A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	33
4.5. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRÁTICAS COTIDIANAS EM SAÚDE	37
5. CAMINHOS DA PESQUISA	43
5.1. TIPO DE ESTUDO.....	43
5.2. CENÁRIO DO ESTUDO	43
5.3. SUJEITOS DA PESQUISA	44
5.4. TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS	44
5.4.1. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	44
5.5. ANÁLISES DOS DADOS	45
5.6. ASPECTOS ÉTICOS	46
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1. CATEGORIA 1 – CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL	52
6.2. CATEGORIA 2 - QUEIXA DE DOR DE DENTE.....	58
6.3. CATEGORIA 3 – RELATO DE AUTOMEDICAÇÃO.....	60
6.4. CATEGORIA 4 – RELATO SOBRE OS FATORES RELACIONADOS A DEMORA E BUROCRACIA NA MARCAÇÃO DE CONSULTAS	64
6.5. CATEGORIA 5 – RELATO DE BARREIRAS INTENSIFICADAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM TEMPOS DE COVID-19.....	69

6.6. CATEGORIA 6 – RELATO DE BUSCA POR ATENDIMENTO PRIVADO	73
6.7. CATEGORIA 7 – RELAÇÃO ENTRE A RAÇA/COR E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	76
<u>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>81</u>
<u>8. REFERÊNCIAS</u>	<u>83</u>
<u>9. APÊNDICES.....</u>	<u>95</u>
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	97
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	98
<u>10. ANEXOS.....</u>	<u>101</u>
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA	101
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	102

1. PERCURSO PESSOAL AO ENCONTRO DO TEMA

Eu sou Paulo Henrique Martins de Oliveira, nasci em Caetité, uma pequena cidade do sudoeste da Bahia, mas passei a maior parte da minha vida em Riacho de Santana, no interior do estado. Atualmente, resido em Vitória da Conquista, cidade que me acolheu e onde tenho a pretensão de morar por toda a vida. Há 9 anos fui aprovado em um concurso público municipal para trabalhar na área da saúde pública, na Atenção Primária à Saúde (APS).

Considero-me pertencente à raça negra e sou seguidor da doutrina espírita, além de ter formação acadêmica em Odontologia, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Minha atuação profissional no setor público ocorre na Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Valéria 3, situada na periferia de Vitória da Conquista. Também atuo, como dentista, no Serviço Social do Transporte (uma entidade privada sem fins lucrativos). Com base no meu padrão de renda, e nível de acesso a bens e serviços, considero-me parte da classe média e desfruto de uma condição socioeconômica confortável.

Em minha concepção, ser negro abarca uma vivência singular, enraizada numa história de opressão, resiliência e luta. Enfrentando, frequentemente, preconceito e discriminação, os negros são vistos como inferiores aos brancos. Entretanto, essa identidade transcende a cor da pele, unindo-os por uma história de sofrimento comum. Além de desafios, como pobreza e violência, há o apagamento das memórias, história e cultura negro-africana, que inscreve a vida das pessoas negras sob o signo da ausência (de recursos, cultura, história, etc.). Ser negro é uma experiência complexa que exige aprofundamento na compreensão acerca das adversidades e dos impactos do racismo.

Meu interesse pela saúde coletiva, especialmente na saúde da população negra, iniciou durante o período da graduação, por meio do contato com estudos epidemiológicos e da área de saúde pública, particularmente, sobre as iniquidades em saúde na população em geral e, em especial, na população negra.

Iniciei a vida profissional, como odontólogo, na ESF, na zona rural de uma pacata cidade do interior da Bahia. Neste período, fui amadurecendo, como pessoa e profissional, e percebendo as precárias condições de vida e saúde das populações rurais e urbanas nas áreas de abrangência das USF. Pude perceber que, apesar de fazerem parte de um significativo estrato populacional brasileiro, os negros são parte daqueles que menos têm acesso aos cuidados de saúde e os que mais convivem com as piores condições de saúde

bucal (CELESTE, *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2018).

Os negros brasileiros, em sua maioria, são descendentes de africanos que foram trazidos para o Brasil como escravos no século XVI, deixando um legado profundo na formação cultural e demográfica do país (MARQUESE, 2004).

De acordo com os dados do Programa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2022, 56,0% da população brasileira é composta por negros, onde 42,8% se declararam brancos, 45,3% pardos e 10,6% se identificam como pretos. Além disso, o Nordeste possui a maior concentração de negros, e, a Bahia e o Maranhão, foram os estados com maior percentagem, cerca de 80,9% (IBGE, 2022). No entanto, esses cidadãos enfrentam uma série de desafios complexos, incluindo o racismo estrutural, as desigualdades socioeconômicas, a pobreza, a violência urbana e a desigualdade no acesso à educação e à saúde (TERTO; RODRIGUES, 2019).

A população negra reside, frequentemente, em regiões onde a disponibilidade de serviços sociais, incluindo serviços de saúde, é limitada. Essas áreas, muitas vezes periféricas, carecem com a falta de unidades de saúde próximas, longas distâncias a serem percorridas para o acesso a cuidados de saúde e infraestruturas precárias, com qualidade e capacidade resolutiva comprometidas (ARAÚJO *et al.*, 2009). Esse cenário de desigualdade geográfica é evidenciado em diversos estudos, como o trabalho de Souza *et al.* (2020), que destaca a concentração de população negra em áreas urbanas periféricas, com menor acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma maior vulnerabilidade à falta de cuidados em saúde adequados.

A saúde bucal é um componente importante da saúde geral e deve ser considerada na elaboração e planejamento de políticas de saúde pública. De acordo com dados da PNAD, no Brasil, os problemas de saúde bucal são a terceira causa mais comum de busca por serviços de saúde (Brasil, 2010) e o uso de serviços é menor entre os indivíduos de raça/cor preta e parda e entre aqueles com menor poder aquisitivo (FISCHER *et al.*, 2010).

A restrição no acesso aos cuidados à saúde bucal impacta a qualidade de vida das pessoas e pode levar à dor, desconforto, dificuldades para comer e falar e, até mesmo, à perda dentária. Para mitigar essas desigualdades, é importante aumentar a conscientização sobre a importância da saúde bucal, facilitar o acesso aos serviços de saúde e desenvolver programas de prevenção e promoção da saúde bucal.

De acordo com a PNS de 2013, os problemas de saúde bucal são a causa mais comum de busca por serviços de saúde no Brasil. Cerca de 88 milhões de pessoas (42,1% da população) buscaram atendimento odontológico no ano anterior à pesquisa (BRASIL,

2014).

Já em 2016, o Ministério da Saúde (MS) revelou que a proporção de indivíduos que consultaram o dentista no ano anterior foi menor entre pardos (39,2%) e pretos (38,2%) comparados aos brancos (50,4%), também foi menor que a média nacional (44,4%) (BRASIL, 2016a). Cabe ressaltar que os fatores socioeconômicos e culturais são determinantes importantes na abordagem das práticas de cuidados de saúde e da utilização dos serviços de saúde. As relações subjetivas e objetivas, bem como as condições de vida, também influenciam os caminhos percorridos pelos sujeitos na busca por tratamento para seus problemas de saúde, trajetórias esses denominados itinerários terapêuticos.

Os itinerários terapêuticos, por definição, são caracterizados como o percurso que os indivíduos, ou grupos, percorrem na busca de meios para solucionarem ou amenizarem suas demandas de saúde. Esses caminhos são influenciados por fatores socioeconômicos, culturais e subjetivos, como as experiências pessoais, as crenças e os valores (CABRAL *et al.*, 2011).

Alguns estudos demonstram que famílias vulneráveis dependem dos serviços ofertados pelo SUS (SUS) para terem atendidas as suas demandas de saúde. No entanto, essas unidades de saúde, muitas vezes, apresentam problemas estruturais e os profissionais não oferecem um atendimento integral e de qualidade, sobretudo pela falta de valorização dos aspectos culturais dos indivíduos (GEHLEN; RAMOS, 2008; SILVA *et al.*, 2008; SPRESSOLA-PRADO, 2011).

Essas barreiras geográficas e de infraestrutura, juntamente com os desafios econômicos e sociais, prejudicam o acesso da população negra no acesso serviços odontológicos no Brasil, agravando as condições sociais das famílias e as desigualdades em saúde (ANTUNES *et al.*, 2019).

Com relação às famílias vulneráveis, há evidências de que o SUS desempenha um papel positivo na redução dos níveis de pobreza e desigualdade social, consolidando-se como instrumento de suma importância na garantia do acesso universal a serviços de saúde de qualidade, incluindo ações preventivas, tratamentos eficazes e programas de promoção da saúde e na promoção dos direitos essenciais. Notavelmente, contribui para o aprimoramento da saúde e da qualidade de vida dessas famílias, ao mesmo tempo, em que desempenha um papel significativo na mitigação da pobreza e das disparidades sociais (BRASIL, 2018).

Assim, o acesso aos serviços do SUS pode melhorar os indicadores de saúde das famílias, em situação de desigualdade social, e produzir condições sociais e de saúde mais

favoráveis no enfrentamento das inúmeras adversidades em saúde presentes nos diferentes territórios de saúde, em âmbito local e global.

Compreendendo a complexidade desses desafios, e motivado pela necessidade de promover uma mudança, em 2020, iniciei o curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Bahia, tendo como objeto de estudo “Itinerários terapêuticos de adultos negros periféricos em busca de saúde bucal na pandemia da COVID-19”. Essa temática, escolhida por mim e acolhida pela minha orientadora, a professora Dra. Raquel Souza, visa proporcionar uma compreensão aprofundada dos processos sociais associados aos cuidados em saúde bucal e outros aspectos da saúde, como a saúde mental e física, e a lançar luz sobre as consequências da longa história de marginalização e desafios enfrentados pela população negra, refletindo sobre como esses fatores influenciam no acesso e na qualidade dos cuidados em saúde bucal.

Portanto, acredito que este estudo é de grande relevância, pois permitirá uma inflexão necessária ao aprimoramento das minhas abordagens profissionais e pessoais. Além disso, contribuirá para uma melhor compreensão dos desafios e necessidades da comunidade negra, em relação à saúde bucal, e poderá influenciar positivamente a formulação de políticas públicas externas para essa população.

2. INTRODUÇÃO

2.1. RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO

Em 2019, foi identificado na cidade de Wuhan, na China, pela primeira vez, um novo coronavírus, causador da doença *Corona virus Disease 2019* (COVID-19). Este vírus foi disseminando, exponencialmente, por outras cidades chinesas e para outros países ao redor do mundo. Em 2020, a OMS declarou, oficialmente, a crise pandêmica pela COVID-19 e orientou, para a contenção da contaminação, estratégias de distanciamento social e um conjunto de medidas de proteção pessoal, incluindo o uso de máscaras e higienização frequente das mãos e objetos (CUALHETE *et al.*, 2022).

Em resposta à pandemia da COVID-19, vários países suspenderam diversas atividades e tiveram que readequar os seus sistemas de saúde em relação à oferta dos serviços. No Brasil, houve interrupção de diversos atendimentos no sistema público de saúde, incluindo atendimentos odontológicos (BARROS *et al.*, 2021).

A suspensão dos atendimentos odontológicos causou preocupação entre os profissionais da área, pois a cavidade bucal é uma das principais fontes de contaminação do vírus SARS-CoV-2. Além disso, os Conselhos Federal (CFO) e Regional de Odontologia (CRO) suspenderam suas atividades devido à falta de conhecimento acerca da propagação e combate ao vírus, bem como às melhores formas de prevenção com a utilização de EPI, falta ou insuficiência de recursos humanos e materiais e a ausência de treinamentos específicos para o manejo e o enfrentamento da COVID-19.

A população também foi orientada a adotar medidas de isolamento vertical e horizontal, como estratégias para evitar o contágio e a propagação do vírus, o que fez com que muitas pessoas deixassem de procurar as unidades de saúde, impactando diretamente os cuidados com a saúde. Consequentemente, observou-se não apenas um aumento na prevalência de doenças bucais, mas também na gravidade das condições pré-existentes. Estudos realizados mostram que, nos primeiros seis meses da pandemia, a frequência de visitas ao dentista reduziu em 50%. Essa diminuição no acesso aos serviços odontológicos está correlacionada com um aumento de 30% na incidência de cáries dentárias e 20% em casos de gengivite, sublinhando a importância crítica do acesso contínuo a cuidados orais, mesmo em períodos de crise sanitária (ALVES; ALMEIDA, 2021).

Além da redução na frequência de visitas ao dentista, o estresse e a ansiedade, causados pela pandemia de COVID-19, também contribuíram para o aumento da

incidência de doenças bucais. Um estudo publicado na revista científica *The Lancet*, em 2022, mostrou que as pessoas que estavam mais estressadas e ansiosas tinham 50% mais probabilidade de desenvolver cárie dentária, 60% gengivite e 70% mais probabilidade de desenvolver doença periodontal (LIANG *et al.*, 2022).

Com o passar do tempo, e avanço nas pesquisas, foram disponibilizados equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores de saúde bucal e a retomada dos atendimentos odontológicos urgentes e curativos. Contudo, as ações de saúde bucal voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde não foram retomadas com a mesma intensidade.

2.2. JUSTIFICATIVA

A população negra, no Brasil, enfrenta uma expressiva desvantagem socioeconômica, intensificada pelo racismo institucional e estrutural, sendo agravada em áreas remotas ou de difícil acesso, nas zonas urbanas. A falta de acesso a serviços básicos, como água tratada, esgotamento sanitário e alimentação saudável, perpetua condições precárias de vida. Esses fatores, aliados à ausência de perspectivas de mobilidade social e limitado investimento em políticas públicas, contribuem para acentuados adoecimentos físicos e mentais (BRASIL, 2018a).

Frente à pandemia de COVID-19, estudos apontam que a população, autodeclarada negra, experimentou taxas de adoecimento e mortalidade significativamente superiores em comparação à população branca (ARAÚJO *et al.*, 2020). A crise sanitária evidenciou iniquidades nos atendimentos em saúde, sobretudo odontológicos, entre populações negras. Diante desse contexto, este estudo propõe uma análise focada nas disparidades enfrentadas por comunidades periféricas, especialmente durante a pandemia, buscando compreender os itinerários terapêuticos de adultos negros em busca de cuidados odontológicos.

A relevância dessa pesquisa é crucial, considerando as lacunas ampliadas pela pandemia, que exacerbaram as desigualdades sociais e de saúde. A população negra, já sujeita a desvantagens socioeconômicas, enfrenta obstáculos adicionais, tornando essencial a investigação detalhada dos itinerários terapêuticos para identificar barreiras específicas. Dessa forma, a pesquisa visa compreender os itinerários terapêuticos de adultos negros em busca de cuidados odontológicos, destacando a importância de identificar e superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal que exacerbam as desvantagens socioeconômicas preexistentes, contribuindo para estratégias e políticas de

saúde mais equitativas.

2.3. PRESSUPOSTO

A pandemia de COVID-19 acentuou as iniquidades em saúde bucal, da população negra periférica, promovendo alterações nos padrões de busca por cuidados bucais na APS, agravando as condições de saúde bucal, intensificando a busca por atendimento especializado e/ou privado.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar os itinerários terapêuticos em saúde bucal, em adultos pertencentes à raça/cor negra, residentes em áreas periféricas no município de Vitória da Conquista – Ba, durante o período da pandemia da COVID-19.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender as percepções da população negra periférica acerca do processo saúde/doença/cuidado em relação à saúde bucal;
- Descrever os caminhos percorridos pelos adultos negros periféricos em busca de cuidados em saúde bucal na APS, identificando barreiras e facilitadores;
- Explorar as estratégias utilizadas, a partir do universo sociocultural, na busca de melhorias das suas condições de saúde bucal;
- Analisar como os serviços formais de saúde podem influenciar na adoção de práticas de cuidado desenvolvidas nesses indivíduos.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL EM SAÚDE

O racismo é um fator que permeia as relações sociais e se revela como uma força que vai além da discriminação, tendo implicações diretas na segregação, na desigualdade social e na violência enfrentada por indivíduos que pertençam à raça negra. Essa realidade se traduz em obstáculos significativos no acesso da população negra a condições de vida e saúde dignas. Dentro desse contexto, uma das manifestações mais pronunciadas do racismo é o chamado “racismo institucional” no âmbito do sistema de saúde no Brasil (WERNECK, 2016).

O racismo institucional é uma forma sutil e arraigada de discriminação racial que se manifesta nas políticas, práticas e procedimentos das instituições, incluindo aquelas relacionadas à saúde. De acordo com Almeida (2018), as instituições representam uma materialização da estrutura social ou da forma como a sociedade fundamenta o racismo como componente integrante de sua organização. O autor considera que as instituições são racistas em função da estrutura, ou seja, da sociedade que, por sua vez, é permeada por práticas e ideologias racistas.

Entretanto, o racismo não se limita apenas a instâncias institucionais, ele transcende para o âmbito estrutural. Portanto, o racismo estrutural é um elemento cruel que emerge como uma força que não apenas perpetua disparidades, mas também causa doenças e perdas de vidas entre a população negra no Brasil. Isso reflete uma perspectiva enraizada na história do país e que se tornou tão intrínseca que, de certa forma, é considerada uma norma predominante (OLIVEIRA; CARVALHO, 2017).

As consequências dessa discriminação podem ser refletidas em diversos aspectos, como a alocação desigual de recursos, o atendimento diferenciado, a falta de representatividade e sensibilidade cultural das equipes de saúde e, até mesmo, a negação ou atraso no acesso a tratamentos e serviços de saúde. Conforme mencionado por Goes, *et al.* (2020, p. 1):

O racismo é um sistema estruturante, gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas, baseadas na raça ou etnia. Na saúde, o racismo pode se manifestar de diversas formas, como o institucional, que frequentemente ocorre de forma implícita.

Ainda segundo Kalckmann *et al.* (2007, p. 146), o racismo institucional pode ser

definido como:

O fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica.

Dessa forma, o racismo não se constitui apenas como uma manifestação nas esferas individual ou institucional, configura-se, portanto, como um fenômeno dotado de complexas relações de poder, que se mantém, historicamente, dominantes na organização política e econômica da sociedade. Como principal resultado, destaca-se, de longe, a hierarquização da humanidade por meio da racialização, expressa pelas desigualdades e violências perpetradas contra a população negra (LIMA, 2021; ALMEIDA, 2020).

No campo da saúde, especialmente em situações críticas, a identificação do perfil de morbimortalidade das populações é de suma importância para o adequado planejamento de políticas públicas que visam mitigar o impacto do evento. No entanto, o que se tem observado é a invisibilidade da população negra quando se trata, por exemplo, dos dados segregados por raça/cor da pele em fichas de atendimento, investigação e notificação de casos, bem como nos sistemas de informação do governo brasileiro.

No Brasil, há um amplo histórico de invisibilidade das questões étnico-raciais, não só relacionadas à saúde, mas à determinação social e a processos histórico-sociais. A variável de raça/cor de pele foi incluída nos levantamentos censitários do IBGE apenas em 1991, por exemplo. Essa informação passou a ser coletada por critério de autoclassificação, de acordo com as categorias branco, preto, pardo, indígena e amarelo; e a definição de “população negra” passou a englobar a soma dos indivíduos classificados como pardos e pretos. A inclusão desta variável às informações censitárias contribuiu para o mapeamento e para a garantia de representatividade da população negra na sociedade brasileira, abrangendo diversas áreas, incluindo a saúde e a economia (OSÓRIO, 2003).

Embora os instrumentos, prontuários e fichas de notificação/investigação de agravos dos serviços de saúde do SUS já tivessem o quesito raça/cor disponível, o preenchimento foi designado como obrigatório pelo MS em 1º de fevereiro de 2017, por meio da Portaria GM/MS n.º 344 (BRASIL, 2017b). Essa iniciativa representa um avanço fundamental, uma vez que a inclusão desse dado se torna crucial para avaliação e monitoramento das ações de promoção da equidade racial, de acordo com o Estatuto da Igualdade Racial. Contudo, a persistência do sub-registro e/ou subnotificação da variável

raça/cor da pele dificulta o desenvolvimento de planos estratégicos específicos (SANTOS *et al.*, 2020b; GOES *et al.*, 2020; WERNECK, 2016; BARATA, 2013) e prejudica o manejo adequado de doenças e agravos.

Essa mudança, na abordagem de coleta de dados, representou um marco significativo na compreensão das disparidades raciais no Brasil. A categorização da população, em termos de raça/cor, permite uma análise mais detalhada das desigualdades sociais, econômicas e de saúde que enfrentam diferentes grupos étnico-raciais. Além disso, tornou-se uma ferramenta pública crucial para o desenvolvimento e avaliação de políticas específicas para a promoção da igualdade racial e o combate ao racismo institucional, bem como, para a elaboração de estratégias de saúde mais eficazes, que levem em consideração as particularidades das diferentes comunidades étnicas no país (OSÓRIO, 2003).

O adequado e estratégico preenchimento do quesito raça/cor/etnia nos sistemas de informação em saúde do Brasil contribui fundamentalmente para o diagnóstico situacional das condições de adoecimento e mortalidade da população negra, a identificação de fatores determinantes/condicionantes dessa morbimortalidade, o planejamento de estratégias a fim de nortear a tomada de decisões pelos gestores do sistema público de saúde, bem como o manejo adequado pelos profissionais de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020; SUBBARAMAN, 2020; DEL PINO; CAMACHO, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No entanto, essas informações não devem ser vistas isoladamente. É igualmente crucial que os dados relacionados com a faixa etária, local de residência e condições habitacionais, ocupação e renda, acesso aos serviços de saneamento básico e saúde, além de outros determinantes sociais, sejam devidamente investigados e reportados de maneira precisa (ARAÚJO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020a; BARBER *et al.*, 2018; OMS, 2010).

O preconceito e a discriminação racial são questões profundamente enraizadas na sociedade brasileira, que se manifestam de maneira preocupante nos serviços de saúde (KALCKMANN, 2007). Isso prejudica não apenas a qualidade da assistência aos pacientes, mas também cria barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde adequados para grupos vulneráveis, como a população negra.

Em vista disso, o Estatuto da Igualdade Racial estabelece diretrizes para o combate ao racismo e para a garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para a população negra, bem como para evitar as iniquidades em saúde, que afetam historicamente esse grupo (BRASIL, 2017b; BARBER *et al.*, 2018). Apesar disso, os

grupos raciais, em situação de vulnerabilidade, são frequentemente marginalizados, enfrentando disparidades na oferta de serviços, benefícios e oportunidades. Isso significa que a questão racial desempenhou papel significativo no setor de saúde, atuando como um mecanismo de poder que estabelece uma posição de prioridades e exerce controle sobre a vida da população com base em sua raça. Essa forma de discriminação sistêmica perpetua a desigualdade e compromete o princípio fundamental da igualdade no acesso aos cuidados de saúde e serviços relacionados (LÓPEZ, 2012), impactando nos caminhos percorridos por estes grupos para o acesso e utilização dos serviços.

De acordo com Williams e Mohammed (2013), as condições socioeconômicas desfavoráveis, enfrentadas por grupos étnicos, especialmente a população negra, estão diretamente ligadas às disparidades em saúde bucal e o racismo, estrutural e institucional, exercem influência significativa contribuindo para a perpetuação dessas desigualdades. Além disso, a exposição prolongada a estressores sociais, como discriminação racial, pode ter impactos negativos na saúde bucal, podendo afetar a busca por atendimentos em saúde pública. Por isso a importância de abordar o racismo estrutural e institucional, como determinantes sociais de saúde, influenciando diretamente as condições bucais da população negra, é crucial para o desenvolvimento de estratégias e políticas que promovam a equidade em saúde bucal (MONTEIRO *et al.*, 2021).

4.2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A implementação de políticas de proteção social e de saúde no Brasil, nas últimas décadas, desempenhou um papel fundamental na atenuação das disparidades sociais, especialmente aquelas específicas para os indivíduos em situação de vulnerabilidade. Assim, a PNSIPN representa uma importante estratégia para a redução das desigualdades em nosso país, sobretudo pelo foco na promoção da equidade (CHEHUEN *et al.*, 2015), o que implica também em melhores e mais adequados itinerários terapêuticos para a população negra.

A PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 20 de novembro de 2007, um dado marcante que coincide com o Dia da Consciência Negra no Brasil (BRASIL, 2007). Sua concretização aconteceu através da Portaria nº 992 de 2013, após uma vigorosa mobilização protagonizada pelo movimento negro e outros segmentos da sociedade civil (BRASIL, 2013). Na ocasião, foram deliberados pontos cruciais para a implementação da PNSIPN, que define:

os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013, p. 7).

A PNSIPN tem como objetivo central fomentar a equidade no acesso a serviços de saúde, garantindo que a comunidade negra tenha seus direitos à saúde plenamente atendidos, considerando suas particularidades. Ela abrange uma gama de elementos, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a prestação de assistência médica, o tratamento de enfermidades e o processo de recuperação. Além disso, prioriza a redução das disparidades de ordem étnico-racial, o enfrentamento do racismo e a eliminação da discriminação nos serviços e instituições vinculadas ao SUS (BRASIL, 2013).

A essência da PNSIPN estrutura-se no reconhecimento da existência do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como fatores determinantes da saúde (BRASIL, 2017). Contudo, na prática, há desafios evidentes relacionados à implementação efetiva desta política (WERNECK, 2016). Um estudo relevante mostrou que, apesar de ser direcionado principalmente à população negra, cerca de 90,5% dos entrevistados não tinham conhecimento sobre a PNSIPN, destacando uma falta de informação significativa sobre as políticas públicas de saúde (CHEHUEN *et al.*, 2015).

Embora a PNSIPN tenha contribuído para reduzir desigualdades em saúde entre a população negra, ainda enfrenta desafios significativos na sua implementação (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Para fortalecer sua eficácia, é necessário um compromisso contínuo com políticas públicas inclusivas e ações direcionadas à saúde dessa população. Isso inclui melhorar a integração da PNSIPN com outros programas de saúde, capacitar profissionais para lidar com questões raciais e culturais e expandir o acesso a serviços de saúde de qualidade. Superar as barreiras à implementação exige estratégias abrangentes, como promover a divulgação da política, formar profissionais em questões étnico-raciais e criar mecanismos de monitoramento e avaliação. O sucesso da PNSIPN depende também do comprometimento das autoridades e da sociedade no combate ao racismo, garantindo que a política alcance seu objetivo de promover equidade em saúde para todos os brasileiros, independentemente de sua origem étnico-racial.

A transversalidade da PNSIPN exige uma gestão compartilhada tripartite, ou seja, entre os governos federal, estadual e municipal, além de envolver outras áreas correlatas,

sempre baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2013). No entanto, apenas 28% dos municípios brasileiros implementaram a PNSIPN, indicando uma deficiência na aplicação de políticas públicas (ANUNCIACÃO *et al.*, 2022). Para uma gestão eficaz, é necessário que todos os níveis de governo assumam responsabilidades na proteção, renda e segurança alimentar da população negra, além de garantir recursos adequados para combater o racismo e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde. A falta de implementação dessas políticas se deve à falta de interesse das instituições governamentais, apesar de serem medidas de baixo custo e facilmente estruturáveis.

Ao correlacionar a PNSIPN com a saúde bucal coletiva no SUS, observamos que a implementação de ações direcionadas à população negra pode contribuir para a redução das disparidades em saúde bucal. Autores como Souza (2015) destaca que a PNSIPN reforça a necessidade de ações afirmativas e estratégias inclusivas na prestação de serviços de saúde, incluindo a odontologia, visando a equidade. Além disso, Monteiro *et al.* (2021) ressaltam a importância da integração das diretrizes da PNSIPN com as políticas de saúde bucal, garantindo uma abordagem mais abrangente e eficaz. Nesse sentido, é fundamental integrar abordagens interseccionais que considerem não apenas as questões raciais, mas também outros determinantes sociais da saúde que influenciam as condições bucais da população negra, promovendo, assim, uma saúde bucal mais equitativa.

Outrossim, políticas de saúde específicas podem ter um potencial significativo de assegurar a integralidade do cuidado, considerando também a necessidade de elaboração de estratégias para a compreensão dos cuidados em saúde de grupos mais vulneráveis. Deste modo, o planejamento e implementação de estratégias de educação em saúde são fundamentais para promover tomadas de decisões adequadas e trajetórias de cuidados mais resolutivas, como evidenciado no contexto dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra.

4.3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE)

Os serviços de saúde bucal do SUS, durante um longo período, concentraram sua atenção em alguns subgrupos populacionais específicos, como estudantes, com intervenções que se limitavam a abordagens curativas específicas no tratamento da doença cárie. Esse modelo revelou-se ineficaz na promoção efetiva da saúde bucal, suscitando questionamentos contundentes sobre sua eficácia e a necessidade premente de uma restrição. Esse contexto exige uma reavaliação profunda das estratégias de atendimento odontológico do SUS, para garantir uma abordagem mais integrada e preventiva da saúde

bucal da população em geral (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

No ano de 2004, com o objetivo de reduzir as disparidades na atenção à saúde bucal dentro do SUS, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Programa Brasil Sorridente. A criação da PNSB representou uma transformação significativa nos padrões de prestação de cuidados odontológicos pelo SUS (MATTOS *et al.*, 2012; BRASIL, 2004). Tendo como pressuposto a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2004) e, de acordo com Rios (2021, p. 23), inclui ainda:

O compromisso com a qualificação da Atenção Básica, assegurar a integralidade de ações, estabelecer uma política de financiamento, definir a Educação Permanente como estratégia para suscitar mudanças na formação técnica dos trabalhadores em saúde bucal. Além da utilização da epidemiologia para o planejamento de ações, o acompanhamento dos impactos destas ações por meio de indicadores, a atuação centrada na vigilância, através de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento de danos. Por fim, determinar uma agenda em pesquisa científica.

Os princípios fundamentais que norteiam as ações da PNSB, além da universalidade, integralidade e equidade, previstas na Constituição Federal de 1988, incluem a gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional (BRASIL, 2004). No campo da APS, a política de saúde bucal se tornou uma ferramenta crucial na continuidade da promoção da saúde bucal da população brasileira e, para alcançar seus princípios, "é necessário o cumprimento das etapas de planejamento local, incluindo diagnóstico situacional, priorização de demanda, programação para execução das ações, execução da assistência, acompanhamento e avaliação" (COSTA JÚNIOR *et al.*, 2021, p. 6).

De acordo com Néto *et al.* (2021), a PNSB contribuiu de maneira significativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, no entanto, sua implementação nas macrorregiões do país ocorreu de maneira desigual, revelando iniquidades associadas à inadequada racionalização do planejamento de saúde desenvolvidos sem considerar as especificidades locais das regiões mais vulneráveis.

Após a implantação da PNSB, foi realizada a primeira Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como SB Brasil 2010. Os resultados revelaram iniquidades em relação à universalidade da política, sobretudo nos indicadores das macrorregiões brasileiras, sendo o Norte a região com os piores índices de agravos em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em uma análise de metassíntese, realizada por Costa Júnior *et al.* (2021), constatou-se que, após a implementação da PNSB, muitos municípios brasileiros

incorporaram equipes de saúde bucal em suas unidades de atendimento do SUS, especialmente na APS e nos CEO, entretanto, é relevante destacar que a cobertura populacional ainda se mantém em níveis reduzidos. Esse achado traz à tona a necessidade de ampliar as equipes de saúde bucal e de revisão dos serviços de especialidades disponibilizados, levando em consideração o planejamento racional do programa de saúde bucal e as especificidades locorregionais.

A formulação de políticas públicas, que priorizem a saúde bucal, é uma necessidade urgente no contexto dos sistemas de saúde públicos. Segundo a literatura, a saúde bucal, muitas vezes, não recebe a devida atenção nas agendas de políticas públicas em comparação com outros aspectos da saúde. À vista disso, é de fundamental importância integrar a saúde bucal, de forma mais eficaz, nas políticas de saúde em nível nacional e regional (CHAVES *et al.*, 2020).

Um estudo, realizado por Santos *et al.* (2021), enfatiza que uma implementação bem-sucedida de programas de saúde bucal requer não apenas financiamento adequado, mas também uma abordagem que considere as características sociodemográficas e econômicas de diferentes regiões. Isso é, particularmente, relevante em um país com tantas diferenças, como o Brasil, onde as necessidades de saúde bucal podem variar significativamente entre estados e municípios. Logo, o planejamento, o financiamento e a implementação de programas de saúde bucal devem ser flexíveis o suficiente para se adaptarem a essas diferenças regionais, priorizando o atendimento ao público vulnerável socialmente, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Em 08 de maio de 2023, foi promulgada a Lei nº 14.572, que representa um marco crucial para aprimorar a atenção à saúde bucal no Brasil. Ao adotar uma abordagem integral destaca-se a ênfase na atuação intersetorial, considerando as diversas dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde. Essa abordagem visa garantir um acesso integral, equânime e contínuo a serviços odontológicos de qualidade (BRASIL, 2023).

Posteriormente, a Portaria 1.924/2023, publicada no Diário Oficial da União em 20 de novembro de 2023, trouxe ajustes expressivos nos valores destinados ao custeio de serviços para estados e municípios, com reajustes variando entre 50% e 180%. Além disso, a pasta anunciou a duplicação do financiamento para a implantação de novas equipes de saúde bucal, centros de especialidades odontológicas e outros serviços, e esses incrementos já estão em vigor desde outubro do mesmo ano (BRASIL, 2023).

Dentro desse contexto, a política também busca estabelecer relações sólidas entre os trabalhadores de saúde bucal e a população, direcionando suas ações para diferentes linhas de cuidado. Essa medida não apenas fortalece os laços entre profissionais de saúde e pacientes, mas também reconhece as nuances específicas da saúde bucal da população negra.

Porém, é crucial destacar que, historicamente, a população negra enfrenta desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal. Portanto, a implementação efetiva dessas diretrizes pode representar um avanço significativo na redução dessas disparidades, garantindo a integralidade da atenção à saúde bucal, inclusive aqueles historicamente marginalizados. A educação permanente em saúde e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária também têm potencial para direcionar esforços específicos às necessidades da população negra, promovendo, assim, uma abordagem mais justa e inclusiva.

Portanto, ao abordar a vulnerabilidade social em saúde bucal, na perspectiva da saúde coletiva, é crucial considerar o racismo estrutural e institucional como determinantes sociais que perpetuam desigualdades. Eventos recentes, como a pandemia da COVID-19 e o sucateamento dos serviços públicos de saúde, agravam as desigualdades relacionadas à PNSB, PNSIPN e outras políticas. Contudo, o fortalecimento das atividades odontológicas na APS e nos CEO devem contar com um programa estruturado diante dos profissionais que compõem as equipes de saúde e juntamente à comunidade.

De acordo com Anunciação *et al.* (2022), ao integrarmos uma sociedade caracterizada por estruturas racistas, as instituições de saúde também se moldam por essa mesma configuração, manifestando discrepâncias na prestação de cuidados médicos, desigualdades no acesso aos serviços e disparidades no tratamento de doenças prevalentes em indivíduos de ascendência negra. Segundo Karam *et al.* (2022), as condições de saúde bucal mais precárias afetam, com maior frequência, pessoas de tonalidade preta e parda, as quais enfrentam restrições educacionais e pertencem a famílias com baixo poder aquisitivo. Apesar de a literatura registrar extensamente a correlação entre condições socioeconômicas e saúde bucal, poucos investigadores demonstram interesse e dispõem de dados para analisar e descrever o alcance das desigualdades sociais e raciais na saúde bucal.

Karam *et al.* (2022) salientam que, no contexto brasileiro, é possível identificar disparidades raciais no acesso a serviços e procedimentos de saúde, com taxas mais elevadas de morbimortalidade entre indivíduos de cor preta/parda em comparação com aqueles de cor branca, e escassos esforços para abordar essa questão como um problema

de saúde pública. Portanto, alguns estudos têm explorado as interseções entre questões raciais e socioeconômicas, mas é cada vez mais importante desmembrar essas questões para compreender como a prevalência mais alta de problemas de saúde em negros e pardos é uma consequência da suscetibilidade e vulnerabilidade social no contexto histórico brasileiro para essa população.

Anuniação *et al.* (2022) acrescentam que a perspectiva da determinação social da saúde (DSS) contribui para a compreensão de que as desigualdades em saúde estão intrinsecamente ligadas a disparidades políticas, econômicas, sociais, culturais e raciais, visto que essas dimensões impactam as diversas fases da vida, desde o nascimento até a morte, assim como as condições de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, marcadores sociais relativos a condição de classe social, gênero e raça/etnia influenciam o acesso das pessoas e grupos a bens e oportunidades na sociedade brasileira.

Por fim, Souza *et al.* (2012), declara que as disparidades são consideradas iníquas quando derivam da limitação nas escolhas das pessoas, do acesso restrito aos recursos de saúde e da exposição aumentada a fatores prejudiciais. Vários estudos documentam discrepâncias na saúde entre grupos raciais distintos, abordando morbimortalidade e o acesso aos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde bucal emerge como um indicador significativo para compreender as desigualdades sociais no acesso e nas condições de saúde entre diferentes raças e cuidados odontológicos, uma vez que esses serviços são relativamente de difícil acesso e apresentam custos elevados.

4.4. A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A COVID-19 é caracterizada por sintomas que podem variar de intensidade, de leve até a grave. Em casos graves, pode ocorrer a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), a qual apresenta letalidade variada, dependendo de fatores condicionantes como a presença de comorbidades, idade, estilo de vida e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2020b). A rápida disseminação do vírus fez a OMS declarar emergência sanitária em 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020). Pouco tempo depois, o primeiro caso confirmado foi registrado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (CRODA; GRACIA, 2020).

Dessa forma, os sistemas de saúde e todos os países passaram a direcionar a busca e a implementação de estratégias de prevenção e controle da crise sanitária com foco nesses grupos, mas com efeitos protetivos que se estendem a toda à população

(FERNANDEZ; LOTTA, 2020). Para controlar a propagação do vírus e evitar a sobrecarga e colapso dos sistemas de saúde, foram adotadas, principalmente, algumas medidas restritivas, como o isolamento de casos e contactantes (pessoas que tiveram contato próximo com alguém que foi infectado), distanciamento social e uso de EPIs, como a utilização de máscaras faciais em locais públicos, entre outros (CUCINOTTA; VANELLI, 2020).

Contudo, vários desafios foram enfrentados para um controle adequado da pandemia. Governos e sociedades, com tendências conservadoras e agendas políticas neoliberais, reagiram com negligência à necessidade de impor medidas restritivas para mitigar a doença, o que contribuiu para o enfraquecimento da capacidade resolutiva de problemas complexos e ampliação das vulnerabilidades em populações que, historicamente, são discriminadas no bojo das políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2020a).

No caso do Brasil, no início da pandemia, o MS concentrou seus esforços na preparação da infraestrutura de atendimento especializado ao cuidado de casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Isso incluiu a criação de unidades de saúde e hospitais de campanha com leitos incluídos, especialmente voltados para casos moderados da doença. Além disso, houve uma expansão significativa do número de leitos de UTI para casos graves. Esse esforço resultou na restrição dos fluxos de atendimento nas redes de atenção à saúde e na introdução de novos pontos de entrada no sistema de saúde (NÉTTO *et al.*, 2021).

Entretanto, é importante destacar que, nesse contexto, os investimentos na APS foram, temporariamente, colocados em segundo plano. Isso levou à suspensão temporária de atividades, incluindo os atendimentos ambulatoriais odontológicos, principalmente, devido às deficiências iniciais de EPI. Para suprir as demandas emergenciais, profissionais de saúde bucal e outros membros da APS foram realocados para auxiliar na triagem de casos suspeitos de COVID-19, nas barreiras sanitárias e na expansão dos canais de atendimento (NÉTTO *et al.*, 2021).

Com o passar do tempo, a pandemia de COVID-19 evoluiu para uma sindemia, composta por uma interação sinérgica com uma ampla gama de doenças, abrangendo desde condições crônicas não transmissíveis até enfermidades parasitárias, infecciosas e transtornos mentais (BISPO JÚNIOR; SANTOS, 2021). Tal evolução pode ter sido influenciada pela priorização no atendimento e no acompanhamento dos casos de COVID-19, o que, por sua vez, levou à interrupção parcial ou completa dos serviços de saúde destinados a outras patologias e agravos, tanto no público quanto no privado, ao longo da

pandemia. Além disso, o temor de contaminação pelo vírus da COVID-19 levou muitos indivíduos a reduzirem sua busca pelos serviços de saúde (BISPO JÚNIOR; SANTOS, 2021; CHISINI *et al.*, 2021; MALTA *et al.*, 2020).

Além disso, a COVID-19 afetou de maneira desigual grupos sociais distintos em todo o mundo (Noronha *et al.*, 2020), impactando mais fortemente os mais vulneráveis (FERNANDEZ; LOTTA, 2020). No Brasil, historicamente, as populações negras convivem com piores indicadores de saúde e, durante a pandemia de COVID-19, não foi diferente. A expectativa, no início da pandemia, era de que a população negra sofresse de forma mais severa os impactos da pandemia, assim como os distintos resultados negativos decorrentes dela (GOES *et al.*, 2020). Corroborando com Santos *et al.* (2020, p. 236):

A pandemia da Covid-19 está revelando que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção ao emprego e as populações sem acesso adequado a cuidados de saúde acessíveis estão entre os mais atingidos, especialmente ao maior risco de óbito.

Foi possível observar que a pandemia de COVID-19, além de expor e reforçar as desigualdades sociais e em saúde, também reforçou as demarcações raciais (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Nesse contexto, as pessoas negras foram as que mais sofreram e acumularam os efeitos deletérios, evidenciados pela perda de emprego, falta de recursos, insuficiência financeira, precárias condições de moradia e infraestrutura de sobrevivência (LAURENCIN; MCCLINTON, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Além de tudo, a influência do racismo institucional, nos indicadores de educação e saúde da população negra, é notória (ALVES *et al.*, 2020). Por exemplo, a incipiência de dados relativos ao quesito raça/cor da pele, nos sistemas de informação durante a pandemia de COVID-19, descortina o problema histórico-social e estrutural no Brasil – o racismo institucional. Conforme referimos, é um processo histórico e não se limita apenas à pandemia. Contudo, isso reforça a tentativa de invisibilizar a população negra nas instituições de saúde, apesar de serem os mais acometidos pela COVID-19 e pela maior parte das demais doenças e agravos. Essa estrutura racista tem impacto nas políticas de enfrentamento da COVID-19 no país e evidencia a negação dos direitos básicos e fundamentais da população negra (SANTOS *et al.*, 2020b).

A problemática do racismo, durante a pandemia de COVID-19, transcendeu o domínio da saúde e abrangeu os contextos econômicos, políticos e estruturais. No Brasil, que tem uma longa história de estrutura racista que oprime, desvaloriza e restringe o corpo negro, relegando-o a um papel secundário nas políticas públicas, foi possível testemunhar

a sobreposição de fatores que intensificaram as desigualdades sociais e raciais, agravando ainda mais a situação de desvantagem enfrentada pela população negra (SANTOS *et al.*, 2020b; GOES *et al.*, 2020; ARAÚJO; SANTOS, 2019). Estudos demonstraram que as populações, historicamente vulnerabilizadas, foram as mais acometidas no contexto da pandemia de COVID-19 (SANTOS *et al.*, 2020a). Inclusive, a população negra apresentou maior morbimortalidade quando comparada aos demais grupos étnicos (BAQUI *et al.*, 2020; GOES *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020a).

Portanto, ao contrário do mito da democracia racial, a pandemia da COVID-19 expôs a persistência do racismo nas mais diversas dimensões, além de ratificar o precário registro do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde (WERNECK, 2016; GOES *et al.*, 2020; IVERS; WALTON, 2020), o que resulta em uma baixa adesão à PNSIPN em todo o país e na falta de comprometimento com sua implementação (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Segundo Goes *et al.* (2020), o racismo institucional ampliou as disparidades no acesso aos serviços de saúde para a população negra durante a pandemia e esse resultado refletiu na qualidade dos cuidados oferecidos e nos resultados de saúde dessa comunidade. Na realidade, essa situação não se aplica apenas ao contexto da COVID-19, pois a pandemia apenas evidenciou as desigualdades sociais produzidas pelo racismo e destacou os grupos vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2020a).

Em relação à saúde bucal, os atendimentos odontológicos na APS, inicialmente, foram suspensos e, posteriormente, restritos a casos de emergência, uma medida que pode ter desencadeado consequências negativas no agravamento das condições clínicas dos usuários do serviço, especialmente aqueles pertencentes a grupos sociais mais vulneráveis, incluindo a população negra. É relevante ressaltar que, no contexto brasileiro, há um histórico de busca tardia pelos serviços de saúde bucal, geralmente motivada por odontalgias, que se manifestam em estágios mais avançados das doenças orais (CARNEIRO; PEIXOTO, 2021; SILVA-JUNIOR *et al.*, 2017).

Lebrão e Silva (2019) destacaram, assim, a importância de políticas de saúde mais inclusivas e programas de prevenção direcionados a grupos vulneráveis, considerando fatores sociais e econômicos. Todas essas estratégias poderiam, em diversos cenários, contribuir para a condução de melhores itinerários terapêuticos pela população negra periférica, fazendo com que as disparidades em saúde tivessem seu impacto reduzido no que concerne a prestação de serviços bucais, sobretudo diante das consequências deixadas pela pandemia.

4.5. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRÁTICAS COTIDIANAS EM SAÚDE

A saúde das pessoas é um fenômeno complexo que abrange várias dimensões, incluindo o equilíbrio hemodinâmico, a percepção de si mesmo e de desarmonia, assim como as estratégias de cuidado adotadas. Para compreender essas estratégias de enfrentamento, é essencial avaliar as características e especificidades das práticas de cuidado, processo este denominado itinerário terapêutico. Contudo, essa compreensão não ocorre de maneira fácil, pois cada indivíduo é único, envolvido em eventos cotidianos nas esferas social, econômica e cultural, com distintos modos de organizar a vida em sociedade e se inserir no espaço social. Cada ator social, que está inserido nesse espaço, detém particularidades na forma de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2006).

Itinerário terapêutico (IT) pode ser definido como toda e qualquer atividade empreendida pelas pessoas com o objetivo de obter tratamento para uma doença ou aflição (ALVES, 2015). Assim, envolve as experiências de significação e produção de cuidados dos indivíduos e famílias, compreendendo uma sucessão de eventos, tomadas de decisão e trajetórias nos diversos sistemas de cuidado, com o objetivo de tratar a enfermidade, além de criar redes de sustentação e apoio que contribuam para alcançar o objetivo de cuidar da saúde (GERHARDT *et al.*, 2016; MARTINEZ, 2006).

Pinho e Pereira (2012) descrevem os itinerários terapêuticos como percursos traçados pelos indivíduos em busca de cuidados, envolvendo os caminhos percorridos para resolver os mais diversos problemas de saúde, bem como recuperar ou manter a saúde. Isso se refere, portanto, no transitar das pessoas pelas instituições de saúde, mas não se limita apenas a elas, uma vez que as partes significativas do processo de autocuidado estão relacionadas, sendo necessário incluir todos os caminhos percorridos pelos indivíduos na promoção do cuidado. Conforme Massé (1995, p. 330)

É preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro, que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores e as ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias.

Conforme Demétrio *et al.* (2020), a relevância dos estudos sobre IT aumentou ao

destacar os fatores extra biológicos das doenças. Assim, os estudiosos da socioantropologia em saúde, passaram a discutir diversas categorizações de sistemas terapêuticos para organizar as diversas interpretações sobre doenças e processos de tratamento disponíveis em uma sociedade específica. Nesse contexto, a aplicação do conhecimento sobre IT pode fornecer elementos teórico-práticos que promovam um diálogo mais amplo entre a prática clínica e a história individual, sociocultural e de adoecimento, movimentos interpretativos e compreensivos em relação a esses aspectos.

Alves e Sousa (1999) argumentam que o itinerário terapêutico visa principalmente compreender as escolhas de determinados grupos para resolverem seus problemas de saúde. Nas sociedades complexas, esse interesse é ainda mais significativo, pois os indivíduos geralmente enfrentam diversas opções, devido à disponibilidade de uma ampla gama de serviços terapêuticos (pluralismo médico). Esses serviços utilizam métodos e finalidades diferentes para explicar as aflições dos pacientes, muitas vezes, em modelos explicativos desconhecidos ou parcialmente conhecidos pelos leigos.

Por sua vez, Cabral *et al.* (2011) utilizam o termo “itinerário terapêutico” para descreverem todos os movimentos realizados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, envolvendo uma variedade de recursos caseiros, práticas religiosas até mesmo os principais dispositivos biomédicos (atenção primária, urgência, etc.). Esses itinerários referem-se a uma sequência de eventos e tomadas de decisão que, ao tratar a enfermidade, constroem uma trajetória específica.

Destaca-se, portanto, que os IT estão circunscritos pelas trajetórias assistenciais na da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto pública quanto privada, e pelos arranjos conformados pelo usuário ao longo de suas experiências de adoecimento. A partir da análise desses percursos irá viabilizar a compreensão de como o indivíduo escolhe, avalia e decide se adere ou não aos tratamentos prescritos, considerando suas redes de apoio, que podem ou não incluir os serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2008).

Numa perspectiva socioantropológica, os IT permitem que os atores sociais expressem suas vozes, captando a diversidade e valorizando os diferentes conhecimentos e saberes do cotidiano (GERHARDT *et al.*, 2016). Sob esse olhar, para Alves e Souza (1999, p.133), “os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, que deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade. É nesse mundo que os indivíduos nascem e constroem seus trajetos biográficos”. Isso posto, o processo saúde/doença transcende o modelo biomédico, mecânico e hegemônico (GERHARDT *et al.*, 2016).

Nesse cenário, as tomadas de decisões, que orientam os IT, são influenciadas pela forma como os indivíduos e comunidades interpretam e lidam com os sinais e sintomas das doenças, bem como pela disponibilidade de recursos (financeiros, psicológicos e sociais) para o seu enfrentamento. Desta forma, duas dimensões são relevantes para a compreensão dessas decisões: i) primeira, mais dominante, diz respeito às diferenças entre os usuários e não usuários, bem como seus padrões de comportamento frente às facilidades e barreiras (psicológicos, geográficos, estruturais, etc.) de acesso aos serviços; ii) a segunda apresenta um caráter mais dinâmico e refere-se não somente à busca por modelos de serviços de saúde tradicionalmente biomédicos (hospitais, serviços da APS, consultórios particulares, etc.), mas também à disponibilidade de recursos leigos e às relações sociais (BIDLLE *et al.*, 2007).

Levando em consideração os princípios previamente delineados, é fundamental ressaltar que o status socioeconômico desempenha um papel de relevância na configuração dos caminhos percorridos no âmbito dos IT. Em um contexto brasileiro, caracterizado pela riqueza de culturas e no qual as desigualdades em saúde acentuam as disparidades sociais, a compreensão da relação entre esses itinerários e o status socioeconômico assume uma posição central no campo da Saúde Coletiva (GERHARDT, 2006).

Conforme argumenta Gerhardt (2006), é necessário desvendar as práticas e estratégias, adotadas pela população de baixa renda, para lidar com os desafios cotidianos, especialmente no que diz respeito à busca por cuidados de saúde envolvendo uma apreensão mais completa dos itinerários terapêuticos. Para alcançar esse entendimento é importante considerar a diversidade e coexistência de abordagens, tanto individuais quanto coletivas, e compreender o significado subjacente às dinâmicas sociais que estão vinculadas direta ou indiretamente com a saúde.

De acordo com Kleinman (1980), os indivíduos e suas famílias traçam seus percursos de atenção à saúde considerando três subsistemas de enfrentamento: o familiar, o popular e o profissional. A esfera familiar envolve pessoas não profissionais com vínculos afetivos com o enfermo, tais como familiares, amigos e vizinhos. O setor popular engloba especialistas de cura, porém sem formação profissional, como benzedeiros, curandeiros, entre outros. Já o domínio profissional, composto por profissionais com nível de formação formal, como médicos, homeopatas, entre outros. Nesse modelo de três subsistemas, o indivíduo não necessariamente segue um único percurso ou estabelece hierarquia de caminhos, conferindo multiplicidade e complexidade ao fenômeno dos itinerários terapêuticos.

Nesse sentido, de acordo com Gerhardt (2006, p.2461), as alternativas que conformam os itinerários terapêuticos são múltiplas e incluem:

A "informal" (automedicação, conselho ou tratamento recomendado por parente, amigo, vizinho...), passando pela "popular" (curandeiros, benzedeiros, "vovós"...), até a "profissional". Cada uma possui vantagens e desvantagens e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo. As estruturas sociais utilizadas e as estratégias desenvolvidas [...] compreendem as relações familiares e de vizinhança (desempenhando o papel principal), a integração a redes de solidariedade organizadas em torno das igrejas, a integração em redes sociais e políticas de clientelismo que podem dar acesso às cestas básicas. Sendo assim, num país como o Brasil, fortemente marcado pela diversidade cultural, pela mobilidade, esses valores de solidariedade, de ajuda, as relações clientelistas de proteção do dependente e de fidelidade ao patrão desempenham um papel essencial na construção dos laços sociais entre os indivíduos.

Após relatar o seu itinerário, o indivíduo atribui, ao que fora vivido, novos sentidos e valores, o que contribui para a formação de conhecimentos por meio delas (BONDIA, 2002; SCHON, 1992; KOLB, 1984). Desta forma, para o itinerário ser melhor compreendido, deve-se considerar: a) a disponibilidade de recursos e serviços de saúde, tanto aqueles formalmente instituídos como os informais; b) a maneira como esses serviços são organizados e utilizados pelo indivíduo; c) as possibilidades socioculturais que favorecem o planejamento e a implementação dos itinerários; d) as escolhas e o manejo diversificado dos recursos e alternativas terapêuticas disponíveis pelos indivíduos e suas famílias (VELHO, 2004; BUCHILLET, 1999).

Conforme Benoist (1996, p. 7):

O desafio lançado pela multiplicidade de escolhas, de condutas, de tratamentos adotados simultaneamente, ou em série, por um mesmo indivíduo, não pode ser apreendido por uma abordagem centrada no sujeito, estritamente individual, interacionista e que retém somente a estratégia de escolha a fim de chegar na sua lógica. Isso conduziria a uma interpretação cognitiva que negligencia a incorporação de cuidados no social. Pois o pluralismo terapêutico é amplamente o resultado de relações sociais que transcendem as condutas individuais. Elas exercem pressão sobre as escolhas; elas orientam, favorecem ou penalizam as decisões.

Um estudo, realizado em uma comunidade quilombola, evidenciou que os habitantes adotam uma série de estratégias quando se deparam com necessidades relacionadas à saúde, tais como: a) inicialmente elas recorrem à automedicação, fazem uso de ervas medicinais, praticam rituais religiosos, buscam orientação com vizinhos e recorrem a preces e rituais de benzedura; b) em seguida, buscam atendimento e medicamentos disponíveis na APS; c) por fim, quando necessário, recorrem à assistência

hospitalar e aos serviços de saúde privados. Esses achados indicam que, apesar de a comunidade estar localizada em uma região coberta por serviços de saúde convencionais, suas necessidades de assistência médica não eram plenamente atendidas, sendo a resolução de questões de saúde frequentemente priorizada por meio de métodos populares, automedicação e busca por serviços de saúde privados (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Ademais, em países como o Brasil, onde a população negra representa uma parcela expressiva na demografia, a automedicação pode ser uma prática frequente e amplamente difundida (YIN *et al.*, 2021; OCAN *et al.*, 2015). Essa tendência está intimamente relacionada com os obstáculos ao acesso ao serviço de saúde, à escassez de profissionais de saúde e à disparidade na distribuição de recursos na área de saúde (OCAN *et al.*, 2015). Além disso, a comercialização indiscriminada de medicamentos, sem a necessidade obrigatória de prescrição, aliada ao seu custo acessível e à falta de regulamentação adequada sobre a automedicação, contribuem para a sua adoção mais frequente, especialmente, entre indivíduos com menor grau de instrução e renda (YIN *et al.*, 2021; OCAN *et al.*, 2015).

Portanto, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e aptos para considerarem as nuances dos diversos grupos étnicos existentes e suas cosmologias, bem como as maneiras específicas de significar a ocorrência de doenças e agir sobre elas (NÉTTO *et al.*, 2021). Por conseguinte, é necessário integrar e articular o conhecimento biomédico e os cuidados de saúde, oferecidos pela cultura local e afrodescendente, a fim de fornecer uma assistência terapêutica eficaz e resolutiva que promova a adesão desses indivíduos aos serviços de saúde (NÉTTO *et al.*, 2021). Somente por meio dessa sinergia será possível compreender melhor seus itinerários terapêuticos, com vistas a identificar estratégias que promovam a adesão aos serviços da APS, resolubilidade das suas demandas em saúde e fortalecimento da sua autonomia na tomada de decisões conscientes sobre seu processo de saúde-doença.

Segundo Santos Ferreira *et al.* (2020), o racismo é percebido não apenas nas convergências, mas principalmente nas divergências e diferenças no itinerário terapêutico, onde se manifesta de forma sutil e pouco percebida. A discriminação racial influencia o acesso aos cuidados de saúde, levando a desigualdades nos resultados.

Para Gaudenzi *et al.* (2023), na cultura brasileira, o racismo manifesta-se de maneira estrutural, institucional e intersubjetiva, impactando negativamente o acesso aos serviços de saúde e a prestação de cuidados abrangentes. Além disso, ele atua como gerador de representações simbólicas prejudiciais ao corpo negro, causando danos às

pessoas negras. O autor complementa que os desenvolvimentos, tanto na institucionalização do SUS quanto no aprofundamento teórico-político de seus princípios, não ocorreram/ocorrem sem enfrentar conflitos. O Movimento Negro e das Mulheres Negras para a concepção do SUS, das mobilizações para a institucionalização e implementação da PNSIPN e da participação efetiva da população negra, como usuária e profissional no sistema, o racismo presente em sua operação cria diversas barreiras ao acesso à saúde para negras e negros no país, e isso não tem sido devidamente reconhecido nem enfrentado.

O acesso diferenciado aos tratamentos conservadores e aos planos privados de saúde beneficia as pessoas brancas, permitindo diagnóstico precoce e melhor qualidade de vida. A falta de acesso dos negros aos planos de saúde privados, um privilégio de uma pequena parcela da população, dificulta o diagnóstico precoce, contribuindo para a desigualdade. A população negra, majoritariamente de menor poder aquisitivo, depende exclusivamente do sistema público de saúde, que é afetado pelo neoliberalismo, desvalorizando o SUS (SUS). O racismo institucional se reflete no IT das pessoas pretas, impactando negativamente o acesso aos serviços de saúde. Os brancos têm uma dupla possibilidade de assistência, público e privado, enquanto os negros enfrentam maiores dificuldades, dependendo exclusivamente do Estado (SANTOS FERREIRA *et al.*, 2020).

Gaudenzi *et al.* (2023) reforçam que há relação entre marcadores de raça/etnia e gênero na qualidade do cuidado em saúde. Neste contexto, Santos Ferreira *et al.* (2020) afirmam que o racismo institucional impacta negativamente a saúde da população negra, destacando a necessidade de esforços coletivos para transformar práticas cotidianas, reduzir iniquidades e combater o abandono das pessoas negras no sistema de saúde. O problema não se limita ao Brasil, sendo discutido também nos Estados Unidos e no Reino Unido como um determinante social da saúde (DSS) a ser reconhecido e combatido.

5. CAMINHOS DA PESQUISA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo adota uma abordagem qualitativa exploratória analítica sobre os itinerários terapêuticos relacionados à saúde bucal da população negra em áreas periféricas, da cidade de Vitória da Conquista – Ba, no contexto da pandemia de COVID-19.

A pesquisa qualitativa permite uma análise detalhada e aprofundada das nuances individuais e contextuais, sendo fundamental para capturar as respostas particulares e compreender a complexidade dos fenômenos estudados (MINAYO, 2002).

Essa abordagem permite uma compreensão mais abrangente das experiências e desafios enfrentados por essas pessoas em relação à sua saúde bucal durante o período pandêmico.

5.2. CENÁRIO DO ESTUDO

A coleta de dados foi executada no município de Vitória da Conquista, Bahia, que possui uma população estimada em 370.879 habitantes, onde 45,3% autodeclararam pardos, ante 42,8% de brancos e 10,6% de pretos (IBGE, 2022).

De acordo com a PNAD (2022), o Nordeste possui maior concentração de negros, e a Bahia e o Maranhão foram os estados com maior percentagem, cerca de 80,9% (IBGE, 2022).

O município de Vitória da Conquista possui um total de 57 equipes de eSF, 11 equipes de APS. Na zona urbana, há 35 eSF e 10 de APS. Na saúde bucal, existem 51 Equipes de Saúde Bucal (eSB), incluindo a equipe da Unidade Móvel Odontológica, sendo que 33 delas estão situadas na zona urbana (PMVC, 2023).

O município conta com 45 Unidades de Saúde, onde todas operam no modelo de assistência da ESF. Dentre essas unidades, 14 possuem mais de uma eSF sem paridade com a eSB (PMVC, 2023).

Não foi possível obter a taxa de cobertura de saúde da família na zona urbana, pois as Notas Metodológicas da Cobertura da Atenção Primária à Saúde não estratificam o cálculo de cobertura por zona urbana/rural. Entretanto, com base nos relatórios públicos do e-Gestor, a cobertura da APS é de 75,38%, e a cobertura potencial é de 70,6% (Competência CNES: outubro/2023). Esses dados consideram a população coberta por equipes financiadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do programa Previne Brasil.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu nas áreas periféricas da zona urbana de Vitória da Conquista-Bahia que recebem assistência das equipes da ESF e equipes de Saúde Bucal (eSB).

5.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram convidados a participarem, através de uma abordagem realizada por meio dos ACS, em suas visitas domiciliares. A data para aplicação da entrevista foi previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos participantes, em suas residências. No mês de setembro de 2022 foi realizado um pré-teste com 4 adultos, para calibragem do estudo. Nessa etapa, os pesquisadores avaliaram a capacidade de interpretação do questionário e mediram o tempo de resposta às questões.

Os critérios de inclusão na pesquisa envolveram indivíduos, que autodeclararam negros (pardos e pretos), com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Vitória da Conquista-Bahia, inseridos em territórios de abrangência da USF de referência há pelo menos 6 meses e que tiveram pelo menos um atendimento odontológico antes da pandemia. Foram excluídos do estudo aqueles que não possuem capacidade de responder verbalmente à pesquisa, bem como os moradores que não tinham disponibilidade de 30 minutos ou mais para a entrevista ou que residiam em áreas não cobertas pela ESF.

5.4. TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

5.4.1. Entrevista semiestruturada

Para coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, aplicada no ambiente domiciliar dos participantes, após a aceitação voluntária mediante à leitura e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para a formulação das perguntas da entrevista semiestruturada, foram considerados aspectos sociodemográficos, as condições de saúde bucal e experiências de cuidado, acessibilidade aos serviços de saúde, autopercepção da saúde bucal e relação entre a saúde bucal e saúde geral. O uso desse instrumento de registro de dados corrobora na exposição de eventos, debates e ponderações que favorecem as avaliações e interpretações do pesquisador diante das práticas vivenciadas.

Foram entrevistados 14 adultos, em outubro de 2022, sendo estes residentes das comunidades da USF de referência, atendidos pela eSB em questão. As entrevistas foram gravadas utilizando o equipamento apropriado de gravação, e, posteriormente, transcrito

e sistematizado para análise.

A transcrição dos áudios foi realizada pelo próprio pesquisador, e, para garantir a confidencialidade dos dados, os participantes tiveram seus nomes omitidos, sendo identificados apenas como "entrevistado" seguido de uma numeração.

O instrumento investigou as características sociodemográficas e ocupacionais dos indivíduos e, subsequentemente, buscou detalhar o acesso destes aos serviços de saúde bucal, além de um roteiro para coleta das narrativas relacionadas ao itinerário terapêutico, na busca de melhorias em sua saúde bucal, durante a pandemia de COVID-19.

5.5. ANÁLISES DOS DADOS

Posteriormente à coleta dos dados, o conteúdo das entrevistas foi devidamente transcrito e posteriormente organizado e tratado, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temático Categorical, de acordo com Bardin (2016), seguindo as três etapas preconizadas pelo autor. Durante a exploração do material, buscou-se identificar os núcleos de sentido e significados presentes nas entrevistas coletadas. Para a análise de conteúdo das entrevistas, usamos o modelo proposto por Fontanella *et al.* (2011), que envolve a imersão e exploração de cada entrevista por meio da escuta dos áudios previamente transcritos. O fenômeno descrito refere-se à saturação, definida por Nascimento *et al.* (2018), como o ponto em que a coleta de dados atinge um estado de completude, no qual nenhum novo elemento significativo é encontrado. Essa abordagem considera que, durante a coleta de informações, ocorre a transferência de significações do contexto dos indivíduos e grupos.

Nascimento *et al.* (2018) salientam que, ao atingir a saturação, é crucial para garantir o rigor metodológico em todas as fases da pesquisa. A transparência no processo de saturação é fundamental para que os leitores compreendam claramente os passos seguidos durante a coleta e análise de dados, contribuindo para a confiabilidade da pesquisa qualitativa. Além disso, o critério de saturação se constitui como uma forma de validação das pesquisas que lidam com temas e informações onde a abordagem probabilística de amostragem é inviável ou desnecessária. Em muitos casos, a saturação é identificada por meio de entrevistas semiestruturadas sequenciais, observando a repetição de respostas. É importante salientar que, quando nenhum novo tema ou informação é registrado, o ponto de saturação é alcançado, indicando o término da coleta de dados. Embora o esquema de investigação seja simples, na prática, a determinação do momento adequado para interromper as entrevistas e a adequação da amostra apresentam desafios

que precisam ser fundamentados de maneira cuidadosa.

Após a interpretação das replicas, por parte do autor, foi realizada a análise de similitude no software IRAMUTEQ®. Esse software, desenvolvido por Lahlou (2012), é amplamente reconhecido por sua eficácia na análise textual e na interpretação de dados qualitativos. Sua adequação a este estudo reside na sua capacidade de extrair padrões semânticos e semelhanças nos dados textuais, permitindo uma análise aprofundada das respostas fornecidas. Pela extensão da amostra, a análise viável para o estudo foi a do tipo de similitude.

A análise de similitude, de acordo com Marchand e Ratinaud (2012), fundamenta-se na teoria dos grafos, permitindo a identificação das coocorrências entre palavras. Seus resultados fornecem indicações sobre a conectividade entre as palavras, facilita a identificação do corpus textual. Além disso, essa abordagem distingue as partes comuns e as especificidades com base nas variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas durante a análise.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com os princípios éticos, que norteiam a pesquisa científica, o presente estudo foi conduzido em estrita observância às diretrizes estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012 e pela Resolução 510/2016. A Resolução CNS 466/2012, que versa sobre os princípios éticos e de boas práticas para pesquisas com seres humanos, assegurou o respeito à autonomia, à não maleficência, à beneficência e à justiça dos participantes. Já a Resolução 510/2016, que trata dos princípios éticos em pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais, complementou o arcabouço ético da pesquisa, especialmente no que tange ao consentimento livre e esclarecido e à proteção dos dados coletados (BRASIL, 2016).

Para garantir a proteção dos participantes, o TCLE foi apresentado em linguagem clara e acessível, de modo que os participantes compreendessem os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa antes de sua participação. Os dados coletados foram armazenados, em local seguro, sigiloso, e anonimizados, de modo que os participantes não pudessem ser identificados em nenhuma etapa da pesquisa.

A observância rigorosa dos princípios éticos é fundamental para garantir a dignidade, a autonomia e a segurança dos participantes da pesquisa, bem como a confiabilidade dos resultados obtidos.

É relevante destacar que essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo polo de Educação Permanente do município de Vitória da Conquista (ANEXO A), bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (ANEXO B), garantindo a conformidade ética e metodológica do estudo.

A execução da pesquisa seguiu após a posse do parecer consubstanciado de número 5.525.299, em consonância ao número de registro do CAAE 59807122.8.00005556 (APÊNDICE A).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as premissas de Fontanella *et al.* (2011), assim como os conceitos abordados por Nascimento *et al.* (2018), foi apresentada a análise de saturação através do quadro 1.

Quadro 1. Representação visual da saturação das entrevistas.

Tema	Núcleo de sentidos	Entrevistas														Total de recorrências
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TRANSFORMAÇÕES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NEGRA PERIFÉRICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	Cuidados com a saúde bucal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Queixa de dor de dente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Precariedade nas condições de saúde bucal	X	X			X	X	X					X	X	X	8
	Associação entre a condição de saúde bucal e saúde sistêmica	X	X		X	X	X	X	X	X				X	X	10
	Relato de automedicação	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	11
	Relato sobre Cárie	X	X		X			X	X	X		X		X	X	09
	Relato sobre demora na marcação de consultas	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	12
	Relato sobre a adoção de procedimentos mutiladores	X	X			X	X	X	X	X	X			X	X	10
	Percepção burocrática acerca dos serviços odontológicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Relato de dificuldades no atendimento odontológico em tempos de COVID 19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Busca por atendimento especializado no CEMAE/CEO		X	X		X					X		X	X	X	10
	Busca por atendimento particular	X	X	X	X	X	X		X			X	X		X	10
	Relação entre a raça/cor e o acesso aos serviços de saúde										X			X		2
		Total de novos sentidos	7	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Posteriormente à análise de saturação, dos principais tópicos a serem desenvolvidos, foi feita a avaliação sociodemográfica dos entrevistados.

É de conhecimento prévio que, os indivíduos que autodeclararam negros, integrantes de comunidades periféricas, estão expostos a desigualdades significativas, que resultam em dificuldades de acesso aos serviços de saúde e demais serviços essenciais providos pelo Estado. As informações sociodemográficas relatadas pelos entrevistados evidenciam o exposto (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos entrevistados.

Caraterísticas sociodemográficas	Número de participantes
Gênero	
Feminino	9
Masculino	5
Idade	
18 a 25	3
25 a 35	4
35 a 45	2
45 a 55	2
55 a 75	2
Acima de 75	1
Cor	
Parda	6
Preta	8
Escolaridade	
Não alfabetizado	1
Alfabetizado	0
Ensino fundamental completo	5
Ensino fundamental incompleto	2
Ensino médio completo	4
Ensino médio incompleto	2
Ensino superior completo	0
Ensino superior incompleto	0
Ocupação	
Aposentado	2
Não trabalha	6
Atividades do lar	0
Autônomo(a)	1
Trabalho formal (CLT)	5
Renda familiar	
Menor que um salário mínimo	6
Um salário mínimo	0
Maior que um salário mínimo	8
Estado civil	
Casado(a)	12
Viúvo (a)	0
Solteiro (a)	2
Dependentes	
Um dependente	1

Dois dependentes	2
Três dependentes ou mais	11

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O perfil sociodemográfico das pessoas que buscam os serviços de saúde bucal, na rede pública, é notavelmente diversificado, abrangendo uma variedade de faixas etárias, gêneros, origens étnicas, níveis de renda, estados civis, localizações geográficas, coberturas pela Estratégia Saúde da Família e níveis de escolaridade. Essa diversidade reflete o compromisso do SUS com o acesso universal aos serviços odontológicos, visando atender às distintas necessidades de diversos segmentos da população brasileira.

A busca por atendimentos odontológicos, na rede pública, tem aumentado nos últimos anos e costumam ser procurados por pessoas com destaque para crianças e adolescentes que foram responsáveis por 60% dos atendimentos realizados em 2022 (BRASIL, 2023), que utilizam o atendimento oferecido nas unidades de saúde para tratamento e prevenção de problemas dentários, enquanto adultos e idosos também buscam serviços para tratamentos curativos e cuidados com a saúde bucal em geral (RONCALLI *et al.*, 2015).

Estudos apontam que, tanto homens quanto mulheres, utilizam os serviços de saúde bucal do SUS e, a busca por atendimento odontológico, é influenciada por fatores de gênero, como a percepção de necessidade de tratamento e o acesso aos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2018). Entretanto, em algumas circunstâncias, mulheres podem buscar mais atendimento odontológico do que os homens, devido a diferentes percepções de saúde bucal e cuidados preventivos (BRASIL, 2010). E, em um estudo realizado em 2022, observou-se que 55% dos atendimentos foram realizados em mulheres (BRASIL, 2023).

O SUS é destinado a toda população brasileira, incluindo indivíduos de diferentes classes sociais. No entanto, alguns estudos indicam que, a utilização dos serviços odontológicos, é mais propensa entre indivíduos de menor renda, que possuem menos acesso a planos de saúde privados e recursos para atendimento na rede privada, enquanto aqueles com maior renda podem recorrer mais à rede privada. A universalidade do SUS permite que a população de baixa renda tenha acesso a serviços odontológicos essenciais (COSTA *et al.*, 2018). Um estudo, realizado pelo Ministério da Saúde, mostrou que, entre as pessoas que procuraram atendimento odontológico no SUS, 59% tinham renda familiar per capita de até 1 salário mínimo (BRASIL, 2020).

O estado civil não tem sido frequentemente relatado como um fator determinante para a busca por serviços de saúde bucal na rede pública. A maior parte dos estudos foca em outros aspectos sociodemográficos, como renda e escolaridade. Porém, no mesmo estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2019, mostrou que entre as pessoas que procuraram atendimento odontológico, 55% eram casadas.

A ocupação também pode influenciar a utilização dos serviços de saúde bucal do SUS, onde indivíduos desempregados ou com ocupações informais, que podem não possuir planos de saúde privados, usam mais os serviços públicos de saúde bucal (COSTA *et al.*, 2018).

A localização geográfica, moradia e a proximidade das unidades de saúde também constituem fatores que podem influenciar a busca por atendimento odontológico. Indivíduos residentes em áreas rurais ou periféricas são mais propensos a utilizar os serviços públicos de saúde bucal, devido à menor oferta de clínicas e consultórios privados nessas regiões (BRASIL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma importante iniciativa do SUS, que visa levar serviços de saúde, incluindo os de saúde bucal, mais próximos da população. Indivíduos cobertos pela ESF podem ter maior acesso aos serviços odontológicos oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, assim, serem mais propensos a buscar atendimento na rede pública (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Algumas pesquisas sugerem que o nível de educação e escolaridade também podem influenciar a busca por serviços odontológicos na rede pública. Indivíduos com menor nível de escolaridade usam mais os serviços públicos de saúde bucal em comparação com aqueles com maior nível educacional. Estudo realizado em 2019, pelo Ministério da Saúde, mostrou que, entre as pessoas que procuraram atendimento odontológico no SUS, 38% tinham o ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2020). Novamente, a oferta universal do SUS garante que a população com menor escolaridade tenha acesso aos cuidados odontológicos (LAGES *et al.*, 2017).

Estudos têm mostrado que a utilização dos serviços odontológicos varia de acordo com a cor ou raça da população, indicando que indivíduos autodeclarados negros e pardos tendem a buscar mais os serviços de saúde bucal do SUS em comparação com os indivíduos autodeclarados brancos. Esse padrão pode estar associado a questões de acesso a planos de saúde privados e recursos financeiros para atendimento na rede privada, além de fatores socioeconômicos (SANTOS *et al.*, 2019).

6.1. CATEGORIA 1 – CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL

Quadro 2. Categoria 1: Autopercepção da saúde bucal.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19 (2019-2021)
Categoria temática	Unidades de registro
Cuidados com a saúde bucal	<p>Entrevistador: Como e quando foi a primeira vez que notou que precisava de cuidar da saúde bucal?</p> <p>Entrevistado 1: <i>“Ah eu sempre prestei atenção nisso, [...] quem tem problemas financeiros e não tem condição de cuidar e pagar por esse serviço e precisa do serviço público e aí tem que esperar mesmo e ter bastante paciência [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 2: <i>“Eu achei que agora que eu notei agora mais que antes, [...] agora que eu estou percebendo que precisava cuidar da saúde bucal[...]”.</i></p> <p>Entrevistado 3: <i>“Ah faz muitos anos. Bem antes da pandemia. Eu fiz até um canal. Eu procurei o dentista por causa de dor de dente”.</i></p> <p>Entrevistado 4: <i>“Ah faz muito tempo. Eu comecei cuidar dos meus dentes eu tinha vinte e poucos anos [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 5: <i>“Tem muito tempo, foi antes da pandemia, tem, mais ou menos, uns 5 anos[...]”.</i></p> <p>Entrevistado 6: <i>“Foi antes da pandemia e depois da pandemia também e durante a pandemia também [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“Foi quando ele passou a doer bastante, aí eu fui perceber que eu precisava urgente de um dentista”.</i></p> <p>Entrevistado 8: <i>“Quando eu vi que começou a soltar os pedaços do dente e na hora que começou a doer [...] Foi mais quando eu tava (sic) sentindo dor [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“Não, é porque eu mesma estava sentindo dor nesse dente, [...]. Aí foi aí que eu tive que procurar [...]. Isso aconteceu há uns 3 anos atrás, antes da pandemia”.</i></p> <p>Entrevistado 10: <i>“É, acho que desde antes da pandemia, porque quando começou o tratamento dos dentes eu era nova [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 11: <i>“Quando foi a primeira vez? Quando eu senti uma dor muito forte no dente [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 12: <i>“Quando começou a doer mesmo. Foi quando os dentes começou (sic) a doer, comecei a ter mau hálito. Ai sim eu fui perceber que eu estava mesmo precisando [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 13: <i>“Anh (sic) foi antes da pandemia antes da pandemia da</i></p>

	<p><i>pandemia. Eu mesmo que percebi que estava precisando e foi por causa de dores [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 14: <i>“Foi antes da pandemia, quando eu comecei a usar aparelho eu tinha 10 anos [...]”.</i></p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Com base na réplica apresentada, no quadro anterior, foi realizada, pelo Software Iramuteq, a análise de similitude, sendo observada através da Figura 1.

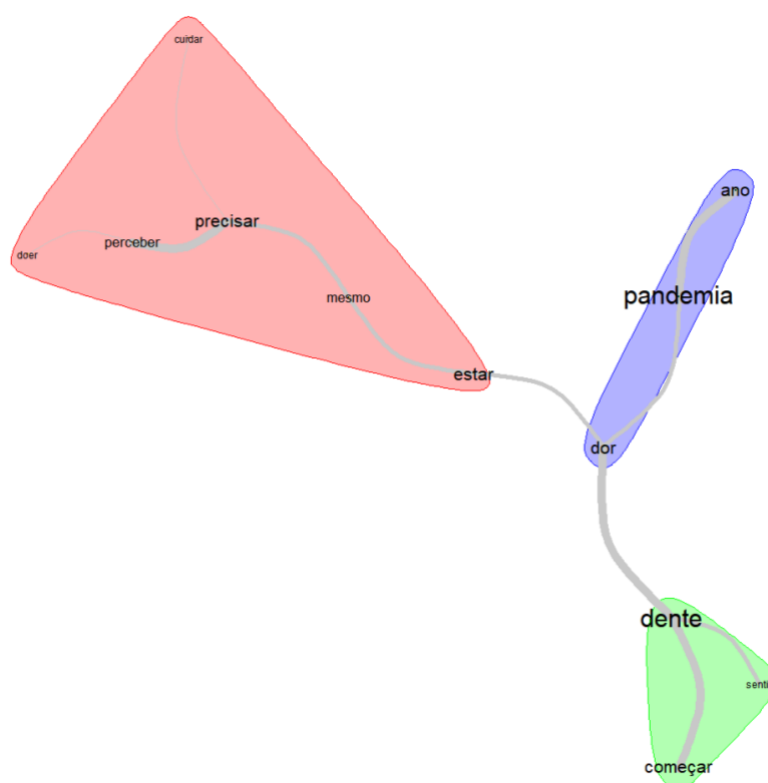


Figura 1. Análise de similitude da pergunta: Como e quando foi a primeira vez que notou que precisava de cuidar da saúde bucal?

Como palavra central, vê-se a dor, que está associada a palavras que expressam sentimentos de necessidades como: “cuidado”, “precisar”, “perceber” e “cuidar”. De forma opostora, mas ainda relacionada à dor, é possível visualizar a associação da dor com “pandemia” e “ano”. Subsequentemente, é visto que o termo “dente” se relaciona às palavras “começar” e “sentir”.

A busca por serviços de saúde bucal, na rede pública, é motivada por uma variedade de razões e necessidades de cuidados odontológicos. Dentre as principais causas que levam os indivíduos a procurarem atendimento odontológico, no SUS, destacam-se a presença de dor, desconforto ou infecção oral, a necessidade de tratamento de cáries, a busca por serviços preventivos, como limpeza e aplicação de flúor e a

necessidade de próteses dentárias. Muitas vezes, a busca por atendimento odontológico ocorre quando os problemas bucais já atingiram um estágio avançado e causa dor ou impacto na qualidade de vida, o que pode indicar a necessidade de melhorias na promoção da saúde bucal na prevenção de doenças orais (PERES *et al.*, 2019; CELESTE *et al.*, 2015).

De acordo com os estudos realizados por Lacerda *et al.* (2004), a exclusão dos serviços de cuidados de saúde leva a uma busca predominante da população por assistência odontológica, frequentemente impulsionada pela presença de desconforto. Assim, o autor reforça que, aproximadamente, um terço das consultas odontológicas feitas no Brasil têm origem na dor. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) caracteriza essa sensação como uma experiência sensorial e emocional, associada a possíveis lesões reais ou potenciais, sendo uma percepção subjetiva, em que cada indivíduo interpreta a palavra "dor" com base em suas vivências anteriores. Historicamente, a dor tem sido principalmente considerada um sintoma cujas características são válidas para a formulação de diagnósticos na área da saúde.

A sensação de algia é um processo vivenciado por quase todos os indivíduos, e sua função é de sinalização para presença de possíveis afecções. Existem fatores que podem influenciar a percepção da dor, dentre elas estão a crença do indivíduo, condições sociais e psicológicas, além das expectativas (LACERDA *et al.*, 2004).

A manifestação da dor orofacial é aquela localizada na terça parte delimitada pela linha metaorbital, situada pouco acima do pescoço, em posição anterior ao ouvido. A condição envolve a presença de dor sobre a região de tecidos moles e duros que compõem a estrutura da face, cabeça, pescoço e cavidade oral (VALE *et al.*, 2013).

Dentre as dores orofaciais, a dor de origem dental apresenta expressiva frequência, sendo definida como uma algia proveniente da estrutura dental e dos tecidos de suporte, comumente ocasionado em decorrência de lesões cáries, doença periodontal e traumas. As algias de origem dental podem ser classificadas como agudas ou crônicas (ARAÚJO, 2009).

A dor dental tem grande impacto sobre as condições de saúde pública, considerando que, quando intensa, tende a comprometer a qualidade de vida do indivíduo acometido. É importante salientar que a odontalgia está associada a fatores socioeconômicos, demográficos, psicológicos, étnicos, culturais e de padrões de acesso ao serviço odontológico. Além disso, a dor de dente se trata de um relevante preditor para o uso dos serviços de saúde (VALE *et al.*, 2013).

A literatura científica apresenta que, pessoas com condições socioeconômicas comprometidas, tendem a apresentar piores condições de vida, e, conseqüentemente, tendem a apresentar maior incidência da dor de origem dental. No que tange os aspectos raciais, estes estão diretamente relacionados às disparidades sociais, haja vista pessoas pretas e pardas tendem a apresentar condições inferiores de vida e de saúde, quando comparadas com pessoas brancas (SILVA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado no Brasil, por Celeste *et al.* (2018), encontrou associação direta entre a presença de dor dentária e fatores socioeconômicos desfavoráveis, como baixa renda e baixa escolaridade. Além disso, identificou disparidades raciais, onde indivíduos autodeclarados negros e pardos apresentaram maiores taxas de dor bucal em comparação com indivíduos brancos (MARTINS *et al.*, 2020).

No estudo de Lacerda *et al.* (2004), cujo objetivo era investigar o papel da dor originada nos dentes como estímulo para buscar tratamento odontológico, os autores destacaram que a taxa de resposta associada à dor dentária, como motivo da última consulta odontológica, foi de 88%. A proporção de indivíduos que mencionaram a dor nos dentes como motivo para procurar atendimento odontológico entre adultos, conforme relatado por Lacerda *et al.* (2004), é semelhante aos resultados obtidos no estudo de Ekanayake *et al.* (2001) realizado no Sri Lanka, o qual apontou uma taxa de demanda por serviços odontológicos de 23% em um ambiente hospitalar universitário. Além disso, esse cenário foi reproduzido no estudo de Jaafar *et al.* (1989) que pesquisou sobre a prevalência de dor entre trabalhadores da indústria na Malásia, identificando a busca por atendimento apenas com a presença de algias em 18,5% dos casos.

Concomitantemente, uma pesquisa realizada por Vale *et al.* (2013) analisou como adultos, na região nordeste do Brasil, percebiam sua saúde bucal, destacando que a presença de dor (59,6%) foi um fator de grande influência para a busca da última consulta odontológica. A existência de desconforto e dor nos dentes, conforme identificado por Vale *et al.* (2013), demonstra uma ligação direta com a insatisfação em relação à saúde bucal, o que também foi corroborado por outros estudos (ARAÚJO, 2009; ATCHISON; GIFT 1997; CAMARGO *et al.*, 2009) que apresentam a dor como propulsora para a busca por cuidados odontológicos. Este achado merece destaque, uma vez que indica que a demanda por serviços odontológicos entre os indivíduos, muitas vezes, surge em situações de urgência, sugerindo uma possível lacuna na adoção de abordagens preventivas.

Uma pesquisa realizada por Bastos *et al.* (2017), no Brasil, analisou a percepção

de necessidade de tratamento odontológico em adultos e os resultados indicaram que a dor foi um dos principais fatores que levaram os participantes a reconhecer a necessidade de cuidados odontológicos. Além disso, a percepção de dor bucal foi associada a uma maior probabilidade de busca atendimento odontológico.

Nesse sentido, os serviços de saúde bucal precisam concentrar seus esforços em estimular os indivíduos a adotarem medidas preventivas e estabelecer um relacionamento mais próximo com os profissionais de saúde, independentemente de serem do setor público ou privado. Além disso, a necessidade de tratamento odontológico também foi observada por Soares *et al.* (2011) como um fator intimamente ligado à autopercepção da saúde bucal. Essa interconexão enfatiza a importância de estratégias que visem não apenas à resolução de problemas existentes, mas também à prevenção, destacando a relevância da parceria entre profissionais e pacientes para alcançar resultados efetivos em saúde oral.

A autopercepção da saúde bucal refere-se à avaliação subjetiva que as pessoas fazem do estado de sua própria saúde bucal e tem sido associada a diversos fatores, como idade, gênero, nível socioeconômico e presença de problemas bucais. É uma medida importante para entender como os indivíduos percebem a saúde de sua boca e como isso pode afetar seu bem-estar geral (ROCHA *et al.*, 2019). Além de ser um importante indicador da qualidade de vida, pode influenciar o comportamento de busca por cuidados odontológicos, sendo, portanto, um importante indicador para políticas de saúde pública e intervenções odontológicas (BRONDANI *et al.*, 2017).

Na pesquisa conduzida por Haikal *et al.* (2011), cujo foco foi analisar a percepção individual sobre a saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida entre idosos, foi observado que, dentro do grupo de participantes, 13 idosos apresentaram lidar com desconforto decorrente de dor de dente. Curiosamente, apesar desse incômodo, 9 desses idosos expressaram uma avaliação positiva em relação à condição de sua saúde bucal. Esses resultados mostram a possibilidade de que esses indivíduos tenham subestimado a intensidade da dor, possivelmente a encarando como uma manifestação natural relacionada ao processo de envelhecimento.

Os cuidados com a saúde bucal são fundamentais para manter a saúde geral e a qualidade de vida, e envolvem práticas diárias de higiene oral, visitas regulares ao dentista e adoção de hábitos saudáveis. A higiene oral adequada, como escovação e uso de fio dental, e uma dieta balanceada ajudam a prevenir o acúmulo de placa bacteriana e a formação de cáries e doenças periodontais, e contribuem para boas condições de saúde

bucal (SANZ *et al.*, 2020).

Estudos têm demonstrado que a autopercepção da saúde bucal pode influenciar o comportamento de busca por atendimento odontológico e a adoção de práticas de autocuidado Soares *et al.* (2011). Indivíduos com alta autopercepção positiva tendem a buscar atendimento odontológico regularmente, adotar hábitos saudáveis, apresentar melhor saúde bucal ao longo do tempo e se engajarem em comportamentos preventivos (BRONDANI *et al.*, 2017, ROCHA *et al.*, 2019), enquanto aqueles com baixa autopercepção podem negligenciar sua saúde bucal, atrasar a busca por atendimento, diagnóstico e tratamento de problemas bucais e afetar negativamente a saúde mental e a autoestima. Além disso, também pode incluir aspectos como a aparência dos dentes, a ausência de dor, a função mastigatória e a satisfação com a saúde bucal (SOARES *et al.*, 2011).

Intervenções que visam melhorar a autopercepção da saúde bucal podem ser benéficas para a promoção da saúde oral. Abordagens educacionais, programas de promoção da saúde bucal e medidas de atendimento humanizado podem ajudar a fortalecer a autopercepção positiva dos indivíduos em relação à saúde bucal (GOULART *et al.*, 2017).

As visitas regulares ao dentista são importantes para o monitoramento da saúde bucal, prevenção de problemas e detecção precoce de doenças. Exames odontológicos periódicos permitem ao dentista avaliar a saúde dos dentes, gengivas e estruturas orais, identificar problemas em estágios iniciais e fornecer tratamentos adequados (KASSEBAUM *et al.*, 2017). Ademais, as consultas odontológicas regulares podem ajudar a estabelecer uma relação de confiança entre o paciente e o profissional, incentivando o paciente a buscar atendimento sempre que necessário.

Em suma, os cuidados com a saúde bucal, incluindo a higiene oral adequada e visitas regulares ao dentista, são fundamentais para a prevenção de problemas bucais. A autopercepção da saúde bucal desempenha um papel importante na motivação para buscar atendimento odontológico e adotar práticas de autocuidado. Entender a autopercepção dos indivíduos em relação à saúde bucal é essencial para promover intervenções efetivas e melhorar a saúde bucal e o bem-estar geral da população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004).

A indagação relacionada com a busca por atendimento odontológico, exclusivamente quando se tem dor, envolve uma lacuna acerca da conduta de promoção e prevenção a saúde bucal. Um ponto relevante é que a equipe de saúde bucal veio integrar

o Programa de Saúde da Família (PSF) apenas em 2001. A fim de corrigir a omissão temporal, foram propostas a integração coletiva de ações de promoção e proteção à saúde, que envolvem a fluoretação das águas de abastecimento, a educação em saúde, a escovação supervisionada em soma à aplicação tópica de flúor, porém, com exceção da fluoretação das águas de abastecimento, as demais ações estão sob a responsabilidade da atuação do Cirurgião Dentista atuante no PSF (ARAÚJO AGUIAR *et al.*, 2016).

Nesse sentido, apesar dos estímulos relacionados à prevenção à saúde bucal, poucos estudos são originários diretamente da América Latina, sendo a educação em saúde um raro estudo isolado dentre as publicações científicas, e quando relatadas, são abordadas mais frequentemente à aplicação de flúor, dentifrícios, bochechos e o uso de selantes oclusais. Grande parte dos estudos associados à educação em saúde oral, estão relacionados a um grupo específico, sendo de preferência a amostra em idade escolar, considerando que os estímulos de novos hábitos durante a infância, tendem a fixar para a vida adulta (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Apesar da relevância associada a práticas de educação em saúde na idade escolar, é necessário a realização de ações recorrentes que auxiliem na educação de outros grupos focais, além da abordagem de diferentes problemas bucais, são de extrema relevância para minimizar a dor como único fomento na busca do atendimento odontológico.

6.2. CATEGORIA 2 - QUEIXA DE DOR DE DENTE

Quadro 3. Categoria 2: Queixa de dor de dente.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19
Categoria temática	Unidades de registro
Queixa de dor de dente	<p>Entrevistador: O que você sentia antes de se tratar em relação ao problema de saúde bucal?</p> <p>Entrevistado 1: <i>“É... eu sentia é... basicamente dor. Mas, tinha e estava com dente bastante cariado, e o que causou mesmo foi a dor mesmo, foi a infecção que, às vezes, aparecia e eu tomava alguns remédios e, às vezes, por conta própria, né”.</i></p> <p>Entrevistado 2: <i>“O que eu sentia antes? Em relação aos dentes? A não ser a dor, eu não sentia nada. Eu procurei o dentista porque eu senti dor, aí eu arranquei os 2 dentes e pronto”.</i></p> <p>Entrevistado 3: <i>“Na verdade, mais hipersensibilidade nos dentes. Essas dorzinhas que incomodavam, tomava gelado e doía, e quente doía. eu procurei mais por dor.”.</i></p>

	<p>Entrevistado 4: <i>“Quando eu sentia dor no dente e eu procurava diretamente o dentista”.</i></p> <p>Entrevistado 5: <i>“Doia, mas não incomodava muito não”</i></p> <p>Entrevistado 6: <i>“Porque eu sentia muito incômodo, muito incômodo na boca [...] e aí sentia dor, muita dor medo”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“Bastantes dores que nem à noite eu conseguia dormir [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 8: <i>“Muita dor de dente muita, muita dor, e o mau hálito [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“Eu sentia dor de dente, e agora eu procuro porque na escovação sangra a gengiva”</i></p> <p>Entrevistado 10: <i>“Não foi por dor não. Eu queria tratar esses dentes da frente e botar aparelho [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 11: <i>“O que eu sentia? Inchaço, dor, sangramento. Minha gengiva sangrava ao escovar os dentes”.</i></p> <p>Entrevistado 12: <i>“Não, só senti quando começou a doer”.</i></p> <p>Entrevistado 13: <i>“Sentia dor”.</i></p> <p>Entrevistado 14: <i>“Eu senti uma dorzinha, eu comecei a usar o aparelho muito cedo, os dentes eram amontoados, e doía”.</i></p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Diversos fatores motivam os indivíduos a buscar o serviço de saúde bucal do SUS, incluindo a gratuidade do serviço, a universalidade do atendimento, a ausência de plano de saúde privado, a escassez de dentistas na rede privada, em algumas regiões, a garantia de atendimento em emergências, a confiança no SUS e a abordagem integral da saúde bucal.

Para muitos indivíduos, o principal fator que os leva a buscar o SUS para tratar a dor de dente é a gratuidade dos serviços. O SUS oferece atendimento odontológico gratuito, tornando-se uma opção viável para pessoas que não podem arcar com os altos custos de tratamento odontológico na rede privada (RONCALLI *et al.*, 2019; FERNANDES; SANTOS, 2019).

O SUS é um sistema de saúde universal no Brasil, o que significa que todos os cidadãos têm direito ao atendimento, incluindo serviços odontológicos. Essa universalidade garante que qualquer indivíduo possa buscar atendimento bucal, independentemente de sua condição socioeconômica (PINTO *et al.*, 2018).

A falta de plano de saúde privado ou cobertura odontológica é outro motivo que

leva as pessoas a buscarem o SUS para receber atendimento odontológico. Indivíduos que não têm acesso a planos de saúde privados podem recorrer ao SUS como a única alternativa para obter tratamento odontológico (GOES *et al.*, 2017).

Em algumas regiões, especialmente em áreas remotas e periféricas, a oferta de dentistas na rede privada é limitada. Nesses casos, o SUS pode ser a única alternativa para obter tratamento odontológico (ALVES *et al.*, 2020).

Em situações de emergência odontológica, como dor intensa, infecção ou trauma, o SUS é uma opção garantida para buscar atendimento imediato, uma vez que os serviços de urgência e emergência bucal estão disponíveis na rede pública em todos os municípios do Brasil (PERES *et al.*, 2019).

Algumas pessoas têm confiança na qualidade do atendimento do SUS e acreditam que os serviços odontológicos oferecidos pelo sistema público são adequados e eficazes, levando-os a buscar atendimento odontológico nessa rede (CELESTE *et al.*, 2018).

O SUS também é conhecido por sua abordagem integral da saúde bucal, que inclui ações de promoção e prevenção, além do tratamento curativo. Alguns indivíduos podem buscar o SUS para obter cuidados abrangentes para a saúde da sua boca (NARVAI *et al.*, 2018).

6.3. CATEGORIA 3 – RELATO DE AUTOMEDICAÇÃO

Quadro 4. Categoria 3: Relato de automedicação.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19(2019-2021)
Categoria temática	Unidades de registro
Relato de automedicação	<p>Entrevistador: Você tomou alguma iniciativa pessoal para resolver o problema?</p> <p>Entrevistado 1: “<i>Sim, eu tomei sim, que foi tomar medicação por conta própria, [...]</i>”.</p> <p>Entrevistado 2: “<i>Se eu tomei alguma iniciativa? Não, eu fui direto no dentista particular. [...]</i>”.</p> <p>Entrevistado 3: “<i>Não, eu busquei o profissional. para tentar resolver um problema[...]</i>”.</p> <p>Entrevistado 4: “<i>Já. Eu sempre eu tomo remédio[...]</i>”.</p>

	<p>Entrevistado 5: “Não porque o remédio para dor de dente é só arrancar. [...] O melhor é procurar logo dentista e arrancar”.</p> <p>Entrevistado 6: “Tomei, fui atrás da Secretaria de saúde e fui lá e mandei, falei e levei um ofício [...]”.</p> <p>Entrevistado 7: “Sim, tomei vários medicamentos fortes, dipirona, amoxicilina, ibuprofeno, paracetamol [...]”</p> <p>Entrevistado 9: “Eu tomei um remédio para dor em casa mesmo e por conta própria mesmo”.</p> <p>Entrevistado 10: “No início, eu não procurei a dentista do posto não [...] para isso, tem que marcar lá no posto”.</p> <p>Entrevistado 11: “Eu fiz, eu bochechava a boca lá com o remédio que o povo me ensinava [...]”.</p> <p>Entrevistado 12: “Sim, que foi medicar e vim procurar ela aqui (no posto de saúde) também né? [...]”.</p> <p>Entrevistado 13: “Na verdade, eu se auto mediquei (sic).”</p> <p>Entrevistado 14: “Sim, eu procurei o dentista e ela orientou a procurar o dentista especialista em aparelho”.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

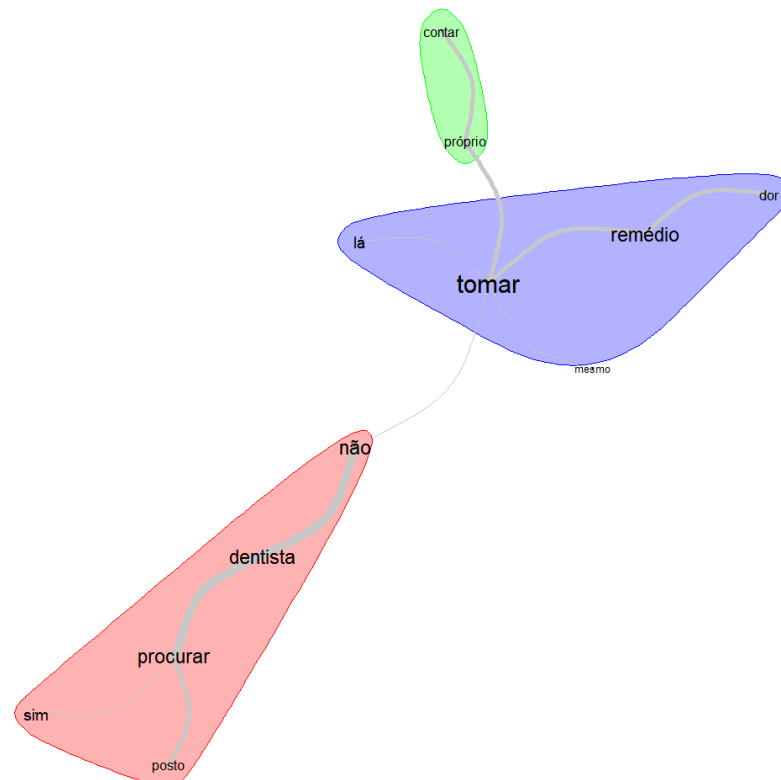


Figura 2. Análise da pergunta: Você tomou alguma iniciativa pessoal para resolver o problema?

A análise da figura 3, permite afirmar que a palavra de maior incidência dentre os entrevistados é “tomar”, sinônimo de ingerir, engolir, digerir. O termo está associado à palavra remédio e dor. O verbo tomar se ramifica em dois subgrupos, sendo um deles o que apresenta as palavras “conta” e “própria”. Por fim, o grupo subsequente apresenta “procurar” como termo central, associado à palavra “dentista”, associado a “procurar”, se ramificando em “não” (negação), “sim” (afirmação) e posto (USF).

A automedicação é definida como uma prática de auto atenção à saúde, onde o indivíduo realiza o consumo de alguma substância afim de tratar sintomas desconfortáveis, processos patológicos ou, até mesmo, como conduta de promoção à saúde, sem que haja a prescrição de um profissional da saúde para a realização da prática. Neste contexto, observa-se que as orientações medicamentosas, realizadas por profissionais devidamente capacitados, é substituída por crenças populares ou individuais e sugestões dos meios sociais (TAMIETTI *et al.*, 2012).

A prática da automedicação envolve o uso de recursos industrializados e/ou soluções caseiras que são utilizados de variadas formas, sendo como a partilha de medicamentos em grupos sociais ou familiares, uso de prescrições antigas, fornecidas por um profissional de saúde, a fim de comprar o mesmo medicamento, podendo aumentar ou reduzir a administração do medicamento, ou, até mesmo, alterar a dose que seria ministrada (JESUS *et al.*, 2013).

Esta é uma prática preocupante, especialmente quando se trata de dor de dente e, muitas vezes, está relacionada à falta de acesso aos serviços de saúde pública. Pesquisas, como o estudo realizado por OCANA *et al.* (2015), destacou que a automedicação é mais comum em países de baixa e média renda, como o Brasil, onde o acesso aos serviços de saúde, muitas vezes, é limitado. A escassez de profissionais de saúde e a desigualdade na distribuição dos recursos de saúde também podem levar às pessoas a recorrerem à automedicação para aliviar a dor de origem oral.

A OMS afirma que, em 2020, 81% da população brasileira declarou se medicar sem receitas, enquanto, em 2016 e 2018, as taxas eram de 72% e 79%, respectivamente. É importante salientar a possível interrelação entre a automedicação e a COVID-19.

A falta de informações acerca do novo vírus, evidenciou o hábito nocivo da população em se medicar. Aliadas à conduta empírica da população brasileira, fatores como as *fakenews*, relacionadas à vacinação e o estímulo ao consumo de determinados tipos de medicamentos, levaram ao consumo de auto prescrição medicamentosa neste período (WIROWSKI *et al.*, 2022).

A literatura científica apresenta, como fomento para a prática da automedicação, a dificuldade no acesso ao atendimento à saúde. Além disso, um outro fator trata-se da dificuldade financeira em custear consultas particulares e falhas na regulação da fiscalização na comercialização de medicamentos (TAMIETTI *et al.*, 2012).

A automedicação é definida, pelo Ministério da Saúde, como um problema de saúde pública, haja vista que a ingestão de medicamentos de forma indevida, sem acompanhamento médico, tende a causar efeitos colaterais que, por vezes, podem ser mais graves do que a doença enfrentada pelo acometido. Além disso, a prática é vista como o mau uso de um recurso para fins terapêuticos e está relacionada ao aumento de gastos com o tratamento em saúde (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Existe uma prevalência da automedicação por indivíduos com maiores níveis de escolaridade. O fato pode estar associado em o indivíduo estar mais seguro em realizar a automedicação por possuir um grau considerável e conhecimento (WIROWSKI *et al.*, 2022). Os achados sociodemográficos relacionados ao nível de escolaridade não ficaram evidentes no presente estudo, considerando a amostra de indivíduos com ensino médio completo e ensino superior.

Nas dores de origem dental, que configuram urgências odontológicas, a automedicação revela-se uma abordagem específica, cuidando da eficácia desejada, porém, torna-se imperativo o envolvimento de um cirurgião-dentista, cuja intervenção se mostra essencial para uma gestão adequada da sintomatologia apresentada, garantindo uma abordagem mais precisa e segura para a mimetização dos sintomas (JESUS *et al.*, 2013).

Para tanto, tido como um fenômeno, a automedicação pode sugerir a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, que é considerado como uma barreira do usuário frente a solução de suas demandas (AZEVEDO *et al.*, 2019). Os principais medicamentos ingeridos, na prática da automedicação em necessidades odontológicas, são os analgésicos, com o intuito de controlar algias e incômodos, além de substâncias da medicina popular (WIROWSKI *et al.*, 2022).

A automedicação, em indivíduos que buscam o sistema público de saúde (SUS), devido à dor de dente e à falta de vagas com dentistas, é uma questão preocupante que pode ter consequências adversas para a saúde bucal dos pacientes. Melhorias na infraestrutura de saúde, políticas mais eficientes e programas educativos são medidas importantes para reduzir a automedicação e garantir o acesso oportuno a serviços odontológicos adequados (JESUS *et al.*, 2013).

A auto ingestão de medicamentos para dor de dente, comum em situações de falta imediata de atendimento odontológico no SUS, revela-se arriscada, podendo mascarar problemas dentários subjacentes e agravar a condição do paciente. Estudos, como os de Azevedo *et al.* (2019), apontam que a falta de acesso a serviços odontológicos pode levar as pessoas a buscarem alívio por conta própria, utilizando analgésicos sem prescrição médica. No contexto do SUS, essa prática pode retardar o diagnóstico e o tratamento adequados, além de gerar efeitos colaterais indesejados e interações medicamentosas prejudiciais (JESUS *et al.*, 2013). Isso destaca a necessidade premente de estratégias que assegurem o acesso efetivo a serviços odontológicos, minimizando a dependência da automedicação e promovendo abordagens mais seguras e adequadas ao cuidado bucal.

A escassez de vagas para atendimento odontológico no SUS, especialmente em áreas vulneráveis (AZEVEDO *et al.*, 2019), resulta em longas filas e dificuldades de acesso rápido a consultas, levando à automedicação como solução temporária. Essa prática destaca a necessidade de políticas de saúde bucal mais eficientes, com investimentos em infraestrutura, aumento de profissionais de odontologia e melhorias na gestão dos serviços (WIROWSKI *et al.*, 2022). Essas medidas são cruciais para garantir acesso oportuno e eficaz aos cuidados odontológicos na saúde pública

Outrossim, é fundamental a conscientização sobre os riscos da automedicação para dor de dente para a população. A implementação de programas educativos sobre saúde bucal pode fornecer informações sobre a importância do acompanhamento odontológico regular e os perigos da automedicação, incentivando as pessoas a buscarem atendimento profissional (JESUS *et al.*, 2013).

Em contrapartida, mediante as réplicas da amostra, um dos entrevistados apresenta, como solução para a melhoria da dor dental, a realização da exodontia, último recurso utilizado na terapêutica odontológica. A conduta de extrair o dente, quando o elemento dentário apresenta algias, reforça a falta de tratamentos preventivos que estão diretamente relacionados a lacunas na educação em saúde.

6.4. CATEGORIA 4 – RELATO SOBRE OS FATORES RELACIONADOS A DEMORA E BUROCRACIA NA MARCAÇÃO DE CONSULTAS

Quadro 5. Categoria 4: Barreiras no acesso aos serviços de saúde bucal.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19 (2019-2021)
Categoria temática	Unidades de registro

<p>Fatores relacionados a demora e burocracia na marcação de consultas</p>	<p>Entrevistador: Quais os principais desafios que você enfrenta para conseguir atendimento odontológico no posto de saúde?</p> <p>Entrevistado 1: <i>“A princípio as vagas que são [...] Se você vai concorrer com as pessoas num dia as 15 vagas que são ofertadas e eu já cheguei lá para ser o número 30 e não ter vagas suficientes [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 2: <i>“Eu não acho muita dificuldade não, a única dificuldade que eu acho mesmo para ser atendida no posto é mais a distância para mim, da minha casa [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 3: <i>“É justamente questão do acesso ao agendamento, as dificuldades de agendamento, de ter um profissional que, às vezes, falta”.</i></p> <p>Entrevistado 4: <i>“[...]Eu não vejo nada com tanta dificuldade não. A dificuldade que tem é [...] a procura é bem maior do que a oferta, então isso aí a gente tem que compreender”.</i></p> <p>Entrevistado 5: <i>“A dificuldade que tem é quando a gente vai lá, pra poder pegar o ônibus, fora isso não é muito dificultoso não”.</i></p> <p>Entrevistado 6: <i>“É vários (sic), a gente chega lá e já tá completo, já tá cheia a agenda, [...] não tem mais vaga, não tem dentista, o dentista não pode, o dentista não veio, a cadeira sempre quebrada, os aparelhos não tem[...]”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“[...]Eu ia no posto mas o dentista só passava o medicamento e a dor continuava, e o atendimento estava suspenso[...]”</i></p> <p>Entrevistados 8: <i>“Neste momento, [...] nenhum, mas antes era muita fila [...] se você não chegasse às 4 da manhã para dormir lá, você não era atendido”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“[...]Quando eu precisei eu fui atendida, só não resolveu meu problema por causa da pressão, que estava alta”.</i></p> <p>Entrevistado 10: <i>“Difícil? eu nem sei viu. Tem um motivo que demora, né? Demora para marcar [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 11: <i>“[...] A dificuldade e a demora para marcar. Junta a Marcação e o material que, às vezes, não tem, e aparelho quebrado tudo [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 12: <i>“É ficar esperando, viu?”</i></p> <p>Entrevistado 13: <i>“[...] A gente sabe que vai ter uma burocracia, entendeu? Aí você vai ter que pegar uma fila, e você vai chegar lá no final e não vai resolver, talvez, o que você precisa e você pode tomar um não e pede para você voltar amanhã ou depois, porque fulana está de folga ou fulana está de férias [...] se tem coisa que dar para a gente resolver no particular, [...] a gente tem que recorrer mesmo [...] por causa da demora e da burocracia”.</i></p> <p>Entrevistado 14: <i>“Aí eu acho que é porque a demanda é muito grande ou aparelho que tá sempre quebrado[...] por exemplo, a gente está em setembro aí fala que só lá no final de outubro tem vaga. [...] vão jogando lá pra frente e quem não tem condições de pagar uma consulta aí vai ficar né sentindo dor”.</i></p>
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

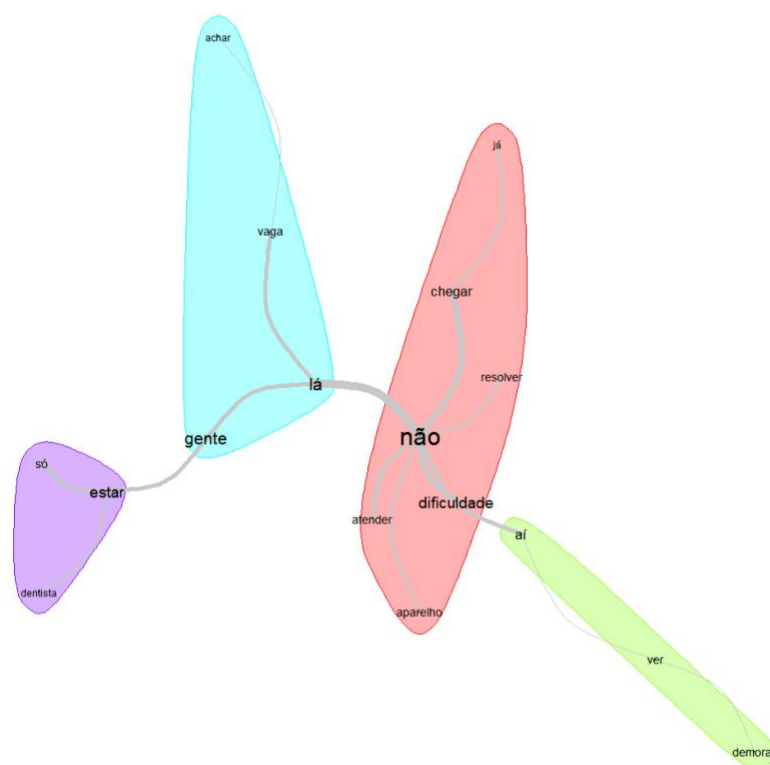


Figura 3. Quais os principais desafios que você enfrenta para conseguir atendimento odontológico no posto de saúde?

Durante a análise da figura 4, é perceptível a centralização do advérbio “não”, que está associado às palavras: “dificuldade”, “aprender”, “aparelho”, “chegar”, “já” e “resolver”. O termo de negação origina mais três grupos, sendo o primeiro relacionado a: “ai”, “ver”, “demorar”. Subsequentemente, o segundo grupo se relaciona em: “lá”, “vaga” e “achar”. O termo “gente”, associado ao “não” dá origem ao último agrupamento que apresenta: “estar”, “só” e “dentista”.

A diversidade de grupos e combinações estão relacionadas à subjetividade dos indivíduos em relatar as suas dificuldades no acesso ao atendimento. Apesar disso, é possível interpretar que, a dificuldade no acesso ao atendimento odontológico, está diretamente associada à ausência de aparelhos, de profissionais, burocracia, demora, “chegar e resolver (sic.)”, achar vaga.

As dificuldades do acesso aos serviços de saúde, geralmente, vêm de uma demanda não atendida, que é proveniente de uma necessidade subjetiva do indivíduo. A literatura científica apresenta que o conceito geral para acesso em saúde está relacionado com a ausência de barreiras ou obstáculos que impeçam a inserção do paciente aos serviços de saúde, sejam eles de origem física, financeira ou de qualquer outra natureza

(BARROS; BERTOLDI, 2002).

Desta forma, o acesso aos serviços de saúde está diretamente relacionado aos fatores condicionantes e determinantes à saúde. As dificuldades enfrentadas pelos usuários ao buscarem atendimento evidenciam as barreiras que impedem o acesso equânime e oportuno às ações de saúde, dificultando a resolução de suas demandas (COSTA *et al.*, 2008).

As dificuldades relacionadas ao acesso à saúde bucal estão associadas a disparidades na oferta dos serviços, sendo possível salientar o modelo assistencial privatista, que é preponderante no país, as desigualdades socioeconômicas, a má distribuição dos profissionais da saúde, as instalações com capacidade reduzida, lacunas no financiamento do setor, levando assim ao comprometimento no acesso do usuário (MOIMAZ *et al.*, 2007). A literatura científica apresenta as condições de saúde bucal, como uma das áreas determinantes para identificar as disparidades em grupos sociais, por refletir as dificuldades no acesso à saúde (COSTA *et al.*, 2008).

Uma das principais ferramentas para avaliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal no SUS é o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). As secretarias municipais de saúde desempenham um papel fundamental nesse processo, ao fomentar o uso do SIA-SUS e monitorar os indicadores de saúde bucal, o que permite identificar gargalos no acesso e direcionar ações para melhorias da assistência (BARROS; BERTOLDI, 2002; MOIMAZ *et al.*, 2007).

O SIA desempenha um papel crucial na avaliação das equipes da ESF, acompanhando a programação e a produção ambulatorial odontológica (MOIMAZ *et al.*, 2007; BARROS; BERTOLDI, 2002). Essa ferramenta subsidia a organização da oferta dos serviços de saúde bucal e, dentro do Pacto de Atenção Básica ao SUS, a importância do indicador de consulta odontológica inicial programada como elemento relevante para a avaliação, é crucial para orientar a efetividade das ações de saúde bucal na APS (BARROS; BERTOLDI, 2002).

A análise da variável em questão permite avaliar as condições de acesso aos serviços de saúde bucal e, conseqüentemente, subsidiar a elaboração de um plano de tratamento odontológico individualizado. Esse plano deve ser baseado em uma avaliação clínica completa e direcionado para a prevenção e promoção da saúde bucal, sendo realizado de forma integral na atenção básica (COSTA *et al.*, 2008).

A demora, dificuldade e burocracia na marcação de consultas odontológicas, no sistema público de saúde, são problemas multifacetados que envolvem questões como a

escassez de profissionais, a falta de recursos, a alta demanda, a complexidade dos processos de agendamento e fatores socioeconômicos. Essas questões podem afetar negativamente a saúde bucal da população e requerem atenção para melhorar o acesso aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002).

A demora na marcação de consultas odontológicas é uma questão recorrente enfrentada pelos usuários do sistema público de saúde no mundo. Estudos têm mostrado que, em alguns países, pacientes podem esperar semanas ou até meses para conseguirem uma consulta com um odontólogo (GOETTEMS *et al.*, 2019). Já um estudo realizado no Brasil, o tempo médio de espera para consultas com especialistas pode variar de semanas a meses, dependendo da região e da especialidade (BORGES *et al.*, 2020). Isso pode levar ao agravamento de problemas bucais e afetar a qualidade de vida dos pacientes.

A escassez de dentistas e outros profissionais de saúde bucal no sistema público é um dos principais fatores que contribuem para a demora na marcação de consultas. Essa limitação, especialmente em algumas regiões, sobrecarrega os profissionais e dificulta o atendimento da demanda por serviços odontológicos, incluindo especialidades (TUCHTENHAGEN *et al.*, 2021). Conforme apontado por Shi *et al.* (2019), essa situação compromete o acesso à população da população a cuidados odontológicos adequados.

A burocracia e os processos de agendamento complexos também podem dificultar o acesso das pessoas às consultas odontológicas no sistema público. A necessidade de preencher formulários, apresentar documentação e seguir etapas específicas pode tornar o processo mais lento e confuso para os pacientes (REISINE *et al.*, 2021).

A alta demanda por serviços de saúde, no sistema público, muitas vezes, excede a capacidade de atendimento, especialmente em regiões densamente povoadas. E essa falta de acesso oportuno aos cuidados odontológicos pode levar ao agravamento de problemas bucais, afetando a qualidade de vida e aumentando os custos de tratamento a longo prazo, essa limitação de recursos pode levar a um sistema sobrecarregado, dificultando o acesso rápido às consultas (TUCHTENHAGEN *et al.*, 2021).

Assim como em outros serviços de saúde, fatores socioeconômicos e geográficos também podem influenciar a demora e dificuldade na marcação de consultas na APS. Pessoas em áreas rurais, ou economicamente desfavorecidas, como regiões urbanas periféricas, ou com menor acesso a serviços de saúde, podem enfrentar maiores desafios para conseguirem atendimento odontológico adequado (REISINE *et al.*, 2021).

6.5. CATEGORIA 5 – RELATO DE BARREIRAS INTENSIFICADAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM TEMPOS DE COVID-19

Quadro 6. Categoria 5: Barreiras intensificadas no atendimento odontológico em tempos de COVID-19.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19 (2019-2021)
Categoria 5	Unidades de registro
	<p>Entrevistador: Fale sobre os caminhos percorridos por você para conseguir tratar suas demandas de saúde bucal durante o período crítico da pandemia de COVID-19?</p> <p>Entrevistado 1: <i>“Eu achei que, durante a pandemia, mudou bastante, mudou bastante, ficou bem pior mesmo [...]. Eu não cheguei a procurar o dentista particular por causa das condições financeiras, porque é um serviço bem caro”.</i></p> <p>Entrevistado 2: <i>“Não, melhorou! Para mim, melhorou! Durante a pandemia eu achei que melhorou! O atendimento com o dentista melhorou”.</i></p> <p>Entrevistado 3: <i>“Durante esse período da COVID, o serviço foi suspenso, então eu não tratei da minha saúde bucal [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 4: <i>“Eu vim direto no posto saúde primeiro, vim saber, [...] a menina já agendou para mim [...]. Eu acho que o atendimento foi na mesma semana”</i></p> <p>Entrevistado 5: <i>“Mudou não. Eu não acho que mudou não. Eu não saía quase durante a pandemia [...] eu cuidava mais dentro de casa, só que quando a gente de saúde marcava pra mim aí eu ia lá no posto de saúde”.</i></p> <p>Entrevistado 6: <i>“Eu sentia muitas dores, e para tratar, eu procurei mesmo um profissional particular, mas já tinha procurado antes o dentista do posto e não consegui [...] fui obrigada a partir para o particular. Eu tomei também muito remédio [...] era a nimesulida e esses chás”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“Eu me lembro que eu passei algumas vezes e eu ia para extrair, mas a máquina não tinha, não estava funcionando. O dentista tava fazendo trabalho normal [...], mas aí a máquina estava no conserto, não tinha como avaliar [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 8: <i>“Só remédio por conta própria e por indicação de terceiros, como o pessoal da igreja e da família que me orientou”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“Quando estava com a covid mais forte, eu não procurei não”</i></p> <p>Entrevistado 10: <i>“Na pandemia eu não fiz nada não [...] eu sentia dor de dente dos infernos e não podia tomar remédio, e morria de dor de dente, porque não pode tomar remédio na gravidez [...] Eu falei: olha Andréia meu dente está doendo! e ela falou: é assim mesmo ele na gravidez vai doer, mas você não vai poder tomar nada [...]. E eu com o dente estragado”.</i></p>

	<p>Entrevistado 11: “Como o atendimento estava suspenso, não achava atendimento, eu tomava remédio por conta própria [...] Primeiro eu fiz automedicação, depois eu procurei minha mãe e a vizinha para socorrer”.</p> <p>Entrevistado 12: “[...] Olha, eu, na verdade, cuidei em casa. [...] O que que eu fiz? eu tomei medicamento [...] não melhorou aí acabei eu procurando uma rede particular para mim”.</p> <p>Entrevistado 13: “Durante o período da pandemia a gente não procurou a unidade publica para resolver essas coisas não”.</p> <p>Entrevistado 14: “Eu tinha um dente quebrado mesmo na pandemia e [...] hoje já não incomoda tanto, mas na época que ele quebrou, ele estava afiado [...] eu cheguei a tomar um remédio para dor e não foi ao dentista que passou [...]. Ela não encaminhou para o CEMAE porque na época (da pandemia) estava tudo fechado.”</p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

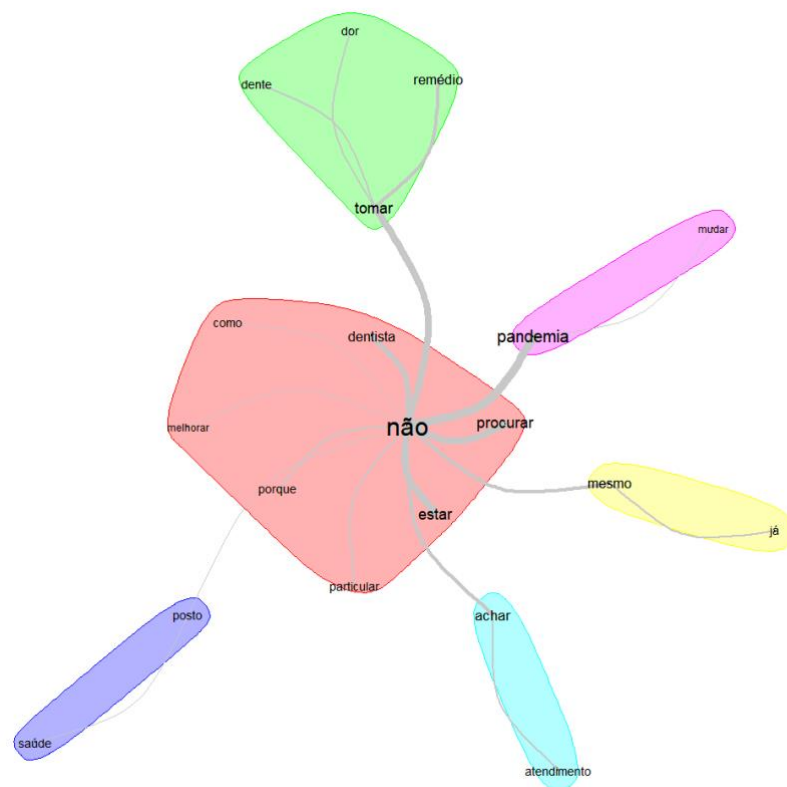


Figura 4. Análise de similitude da pergunta: Fale sobre os caminhos percorridos por você para conseguir tratar suas demandas de saúde bucal durante o período crítico da pandemia de COVID-19?

Diante a análise da figura 5, vê-se o “não” como adverbio central, ramificando-se em palavras que incluem: “dentista”, “procurar” “porque”, “particular”, “melhorar” e “como”. Os grupos subsequentes formados da negação, envolvem: “posto”, “saúde”,

seguido de “achar”, “atendimento” assim como “pandemia” e “mudar” e por fim “tomar”, “remédio” e “dente”.

Durante a pandemia, provocada pelo novo coronavírus (COVID-19), os hábitos da população foram reformulados, a nível mundial. Neste período, foram enfrentados inúmeros desafios, desde o âmbito pessoal e se estendendo para os setores econômicos, públicos, privados e de serviços. Além disso, como medida de contenção à propagação do vírus, foi adotado o distanciamento social, que culminou na aplicação de quarentenas, a fim de reduzir o contato físico entre a população (VICENTE *et al.*, 2020).

Neste período, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou a publicação de notas técnicas para que o atendimento em saúde fosse, de fato, adaptado, assim como foram estabelecidos os critérios para realização do atendimento odontológico (MARTINS *et al.*, 2020). Além da ANVISA, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) apresentou um protocolo de triagem para os atendimentos de urgência, e, mesmo para o atendimento eletivo, foi necessária uma reformulação da conduta de biossegurança, para atendimento da demanda reprimida, tornando algumas etapas e recursos, que anteriormente não eram preconizados, como obrigatórios (MORAES *et al.*, 2020).

Em muitas unidades de saúde, o atendimento odontológico eletivo foi suspenso, sendo mantido, exclusivamente, o atendimento de urgência, que deveria ser realizado sem a presença de acompanhantes (BRASIL, 2020). Isso ocorreu porque esses locais são considerados ambientes de alto risco de transmissão do vírus e isso pode ter causado dificuldades de acesso para aqueles que necessitavam de tratamentos odontológicos (CHOW *et al.*, 2020).

No referido período, a Odontologia concentrou-se em uma conduta curativa, voltada ao controle do processo saúde-doença, o que reforçou a necessidade da realização de ações que promovam a educação em saúde e a relevância da prevenção e recuperação de agravos (VICENTE *et al.*, 2020).

Apesar da medida para contenção da propagação do vírus, é inegável que o lapso causado nos atendimentos voltados para a saúde bucal interrompeu até mesmo a realização de ações preventivas, além de intervenções precoces (BALDAN *et al.*, 2021).

Com as respostas dos entrevistados, é possível observar que as medidas de distanciamento social foram cumpridas, em sua maioria. Porém, um ponto a ser considerado trata-se do fato de que o índice de busca por atendimento de urgências odontológicas apresentou uma expressiva queda, o que pode sugerir a busca pelo atendimento privado, ou até mesmo a automedicação, como conduta alternativa. Uma

outra justificativa pode se tratar da relutância em buscar o atendimento odontológico, pelo receio em contrair o vírus da COVID-19 (MARTINS *et al.*, 2020).

O medo do contágio pelo coronavírus levou muitas pessoas a evitarem buscar atendimento presencial em unidades de saúde, incluindo serviços odontológicos. A falta de confiança em medidas de segurança e o temor da exposição ao vírus podem ter sido obstáculos para a busca de cuidados odontológicos, durante a pandemia (GE *et al.*, 2020).

Em relação aos serviços disponibilizados durante o período de crise sanitária, a literatura científica apresenta que, os principais atendimentos realizados nas unidades de saúde, envolveram a prescrição medicamentosa e orientação aos pacientes. As informações identificadas reforçam os resultados encontrados neste estudo, considerando que os entrevistados afirmam não ter buscado atendimento odontológico, alguns deles que buscaram alegaram não ter encontrado profissional na unidade para atendimento, o que os fazem buscar o atendimento privado, ou recorrerem à automedicação (MARTINS *et al.*, 2020; BALDAN *et al.*, 2021).

A alta demanda por serviços de saúde, durante a pandemia, pode ter levado a dificuldades na marcação de consultas odontológicas, resultando em atrasos ou longos períodos de espera para serem atendidos. Isso pode ter agravado condições de saúde bucal dos pacientes (PATEL *et al.*, 2020).

Em se tratando da população negra no Brasil que, historicamente, enfrenta desigualdades sociais e raciais no acesso aos serviços de saúde, incluindo a saúde bucal, durante a pandemia, essas desigualdades podem ter sido agravadas, dificultando o acesso aos serviços odontológicos no SUS (WILLIAMS; MOHAMMED, 2013; CUALHETE *et al.*, 2022).

Muitas comunidades, onde a população negra está concentrada, são áreas periféricas ou de difícil acesso a unidades de saúde. A falta de unidades odontológicas próximas também pode ser um obstáculo para a busca de atendimento odontológico durante a pandemia (SANTOS *et al.*, 2021).

Portanto, a pandemia pode ter agravado desigualdades sociais já existentes no acesso aos cuidados odontológicos, afetando, desproporcionalmente, populações mais vulneráveis, como aquelas de baixa renda e em áreas periféricas (NUNES, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). Este período também chamou atenção para a importância de investimentos em infraestrutura e recursos humanos na saúde bucal pública. Políticas públicas para garantir o acesso equitativo aos cuidados odontológicos, especialmente, em momentos de crise de saúde pública, como a COVID-19, são importantes (SILVA *et al.*,

2012).

Assim, as disparidades exercem impacto negativo sobre a saúde bucal da população, pois podem levar ao adiamento ou à falta de tratamento odontológico. Isso pode aumentar o risco de doenças bucais, como cárie, gengivite e periodontite. Essas doenças podem causar dor, desconforto, perda de dentes e até mesmo infecções graves e comprometimento da qualidade de vida das pessoas. Também ressaltam a importância de estratégias para melhorar o acesso aos cuidados odontológicos e garantir a saúde bucal da população, especialmente em períodos de crise sanitária.

6.6. CATEGORIA 6 – RELATO DE BUSCA POR ATENDIMENTO PRIVADO

Quadro 7. Categoria 6:Relato de busca por atendimento privado.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19 (2019-2021)
Categoria 6	Unidades de registro
Busca por atendimento privado	<p>Entrevistador: Considerando também esses momentos (antes, durante e após a pandemia), aonde você ia ou vai quando não consegue lidar sozinho com o seu problema de saúde bucal?</p> <p>Entrevistado 1: <i>“Eu só procuro a unidade de saúde pública mesmo”.</i></p> <p>Entrevistado 2: <i>“Eu procuro a unidade de saúde e se eu não conseguir o atendimento lá é o jeito procurar um particular”.</i></p> <p>Entrevistado 3: <i>“[...]Eu vou na rede particular, mesmo sem ter condições [...] porque no posto de saúde não fez, e na rede particular por ser caro não fez também, [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 4: <i>“Não, não tenho como ir noutro lugar, eu só vou no posto de saúde mesmo[...]”.</i></p> <p>Entrevistado 5: <i>“Eu falo com a agente saúde aí ela marca os exames aí eu vou lá cuidar da saúde no posto saúde”.</i></p> <p>Entrevistado 6: <i>“Para tratar, eu procurei mesmo um profissional particular, mas já tinha procurado antes o dentista do posto e não consegui e não tive solução nenhuma, aí eu fui obrigada a partir para o particular”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“[...] Continuo procurando dentista da unidade de saúde e, se for de arrancar, tudo bem, mas se for de passar medicamento, tudo bem [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 8: <i>“Geralmente eu vou desabafar com alguém. Eu não sou muito de ligar para essas coisas não. Mas, geralmente, eu desabafo com as irmãs da igreja e com esposo e minha cunhada[...]”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“Quando estava com a COVID mais forte, eu não procurei</i></p>

	<p>não”.</p> <p>Entrevistado 10: “Assim, agora eu vou pro posto, né? Agora, quando estiver doendo mesmo, com a dor dos infernos, aí eu vou lá na Patagônia, no particular[...]”.</p> <p>Entrevistado 11: “Eu tento ir no posto curar o dentista quando eu não acho eu resolvo sozinha. E é difícil achar um dentista [...] é raro”.</p> <p>Entrevistado 12: “Onde eu vou? Eu procuro um especialista no doutor Sorriso, nas clínicas particulares”.</p> <p>Entrevistado 13: “No caso, hoje eu já estou precisando cuidar, mas eu vou ter que procurar o particular, porque não resolve. Eu sei que não resolve!”</p> <p>Entrevistado 14: “No posto de saúde é a minha primeira opção. Eu tento marcar [...] que é algo bem difícil [...]”.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

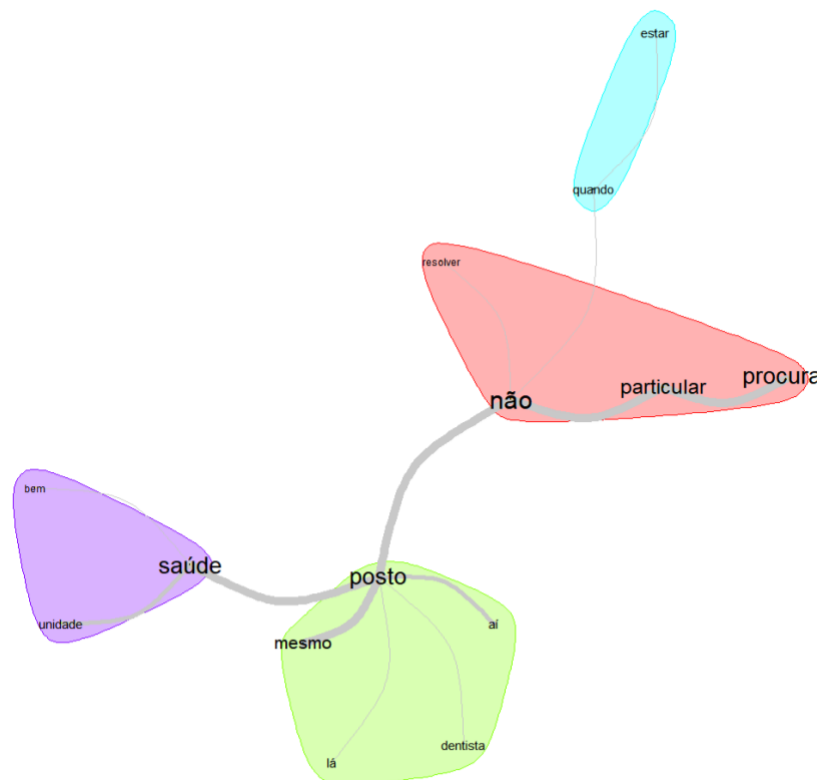


Figura 5. Análise de similitude da pergunta: Considerando também esses momentos (antes, durante e após a pandemia), aonde você ia ou vai quando não consegue lidar sozinho com o seu problema de saúde bucal?

A figura 6 apresenta como termo central, a palavra “posto” que agrupa as palavras de primeira intenção, afirmadas pelos entrevistados, que incluem: “mesmo”, “aí”, “lá” e “dentista”. O termo “posto” origina mais três grupos, sendo um deles formado pela

palavra “saúde” seguido de “bem” e “unidade”. O grupo subsequente é formado por “não”, que está associado a “procura”, “resolver” e “particular”. A palavra não ainda esta associada ao último grupo onde é vista as palavras “quando” e “estar”.

É visto que, de modo geral, os entrevistados buscam, inicialmente, a unidade de saúde, porém, nos casos em que não conseguem atendimento ou as soluções para as demandas que apresentam, passam a procurar o atendimento privado.

Anteriormente, neste estudo, foi identificado que o atendimento privado, por vezes, preenche a lacuna relacionada à falta de assistência aos pacientes das unidades de saúde públicas, porém essa não é uma realidade para todos os indivíduos, haja vista a impossibilidade financeira de custear um tratamento privado.

Segundo Sampaio e Cruz (2012), a busca pelo atendimento odontológico privado, por usuários do SUS, no Brasil, está relacionada a diversos fatores. A análise geográfica, realizada pelos autores, revela que, o serviço privado é mais utilizado do que o público, sendo o consumo do serviço público mais pronunciado nas regiões Norte e Nordeste. Essas disparidades regionais refletem desigualdades socioeconômicas, associadas à distribuição desigual de renda e variações na oferta de serviços odontológicos. Além disso, as regiões com maiores desigualdades socioeconômicas têm uma proporção maior de usuários do SUS, e, aqueles que declararam necessitar de tratamento dentário, usam mais os serviços públicos em detrimento dos privados.

Outra análise feita por Sampaio e Cruz (2012), mostra que o serviço odontológico privado é predominantemente utilizado pela população adulta em todas as regiões brasileiras, com um perfil caracterizado por adultos do sexo feminino, cor/raça branca, maior escolaridade e melhor situação econômica. Por outro lado, o serviço público é mais demandado por adultos do sexo feminino, cor/raça parda, menor escolaridade e condições socioeconômicas menos favoráveis.

Aspectos como autopercepção da necessidade de tratamento dentário, intervalo desde a última consulta odontológica e a busca prioritária por tratamento são relatados por usuários de ambos os setores, indicando que esses fatores são relevantes independentemente do tipo de serviço utilizado. Isso sugere que, embora haja uma preferência geral pelo serviço privado, a busca por tratamento odontológico está presente em ambos os setores, refletindo a importância percebida da saúde bucal para a população em geral.

Os preços dos serviços odontológicos também aumentaram durante a pandemia, o que tornou mais difícil para as pessoas pagarem por esses tratamentos (FDI, 2020). A

falta ou escassez de EPIs, em algumas unidades de saúde, pode ter sido um desafio enfrentado por profissionais da odontologia, o que pode ter impactado a oferta de atendimentos odontológicos no SUS durante a crise sanitária (GE *et al.*, 2020).

A crise econômica, gerada pela pandemia, pode ter afetado a renda das famílias negras, tornando ainda mais difícil o acesso aos serviços de saúde bucal privados, como alternativa ao SUS (YIN *et al.*, 2021).

De acordo com Ge *et al.* (2020), algumas pessoas podem ter preferido o atendimento privado devido à percepção de que as clínicas privadas implementam medidas de prevenção mais rigorosas, como uso de EPIs e protocolos de higiene, contribuindo para a decisão de buscar atendimento em ambientes privados.

A busca por atendimento privado também pode estar relacionada à escassez de recursos e profissionais de saúde no setor público durante a pandemia. O aumento na demanda por cuidados odontológicos e a limitação dos serviços públicos podem ter impulsionado a busca por alternativas privadas (PATEL *et al.*, 2020). É importante salientar que a busca do atendimento odontológico privado por uma população já vulnerabilizada, tende a levar o maior comprometimento financeiro desses indivíduos.

6.7. CATEGORIA 7 – RELAÇÃO ENTRE A RAÇA/COR E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quadro 8. Categoria 7: Relação entre a raça/cor e o acesso aos serviços de saúde.

Tema	Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19 (2019-2021)
Categoria 7	Unidades de registro
	<p>Entrevistador: O (a) Sr (a) se sentiu injustiçado (a), devido à discriminação no atendimento recebido nos serviços de saúde?</p> <p>Entrevistado 1: “Não, não, não, eu não. Às vezes, eu não gosto nem de olhar as coisas assim pra esse lado, mas eu acredito que sim né, mas eu não gosto nem pensar assim [...]”.</p> <p>Entrevistado 2: “Já, dentro do posto da unidade de saúde não, mas já. Já sofri na escola e dentro da própria família [...] no serviço de saúde não, que eu me lembre, não”.</p> <p>Entrevistado 3: “Às vezes, sim. Acho que sim. Não, nunca fui destrutada por causa da cor, nem discriminada, que eu me lembre, não!”.</p> <p>Entrevistado 4: “Não, graças a Deus não”.</p> <p>Entrevistado 5: “Não”.</p>

	<p>Entrevistado 6: <i>“Não, não. Já no serviço de saúde, já, não por causa da cor, aliás porque ali entra a cor também, [...] quando vem a discriminação que a gente sente lesada [...] a gente não é bem tratada, a [...] Eu acho que eu fui lesada neste caso aí, e para mim era por causa da cor da pele”.</i></p> <p>Entrevistado 7: <i>“Que eu me lembre, não! Nunca!”</i></p> <p>Entrevistado 8: <i>“Primeiro que eu não ligo para essas coisas. Eu acho a gente é preto mesmo e acabou [...]. Mas, discriminação, eu já sofri assim com a patroa, mas eu nem ligava para o que ela dizia [...]”.</i></p> <p>Entrevistado 9: <i>“Não, que eu sei, não”.</i></p> <p>Entrevistado 10: <i>“Ah, essa semana Eu fui no posto e ri tanto. Eu tava (sic) com o nenê na segunda-feira. [...] Ela (atendente) falou, esse é o filho? eu falei: é. E o pai é branco? Eu falei: é! aí ela falou assim: nada a ver! [...] Eu achei estranho isso”.</i></p> <p>Entrevistado 11: <i>“Não! Nunca sofri bullying. Graças a Deus não! E nem nos serviços de saúde”.</i></p> <p>Entrevistado 12: <i>“Não”.</i></p> <p>Entrevistado 13: <i>“Não! Isso aí para mim é normal essas coisas. Eu ignoro!”</i></p> <p>Entrevistado 14: <i>“Não”.</i></p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Figura 6. Análise de similitude da pergunta: O (a) Sr (a) se sentiu injustiçado (a), devido à discriminação no atendimento recebido nos serviços de saúde?

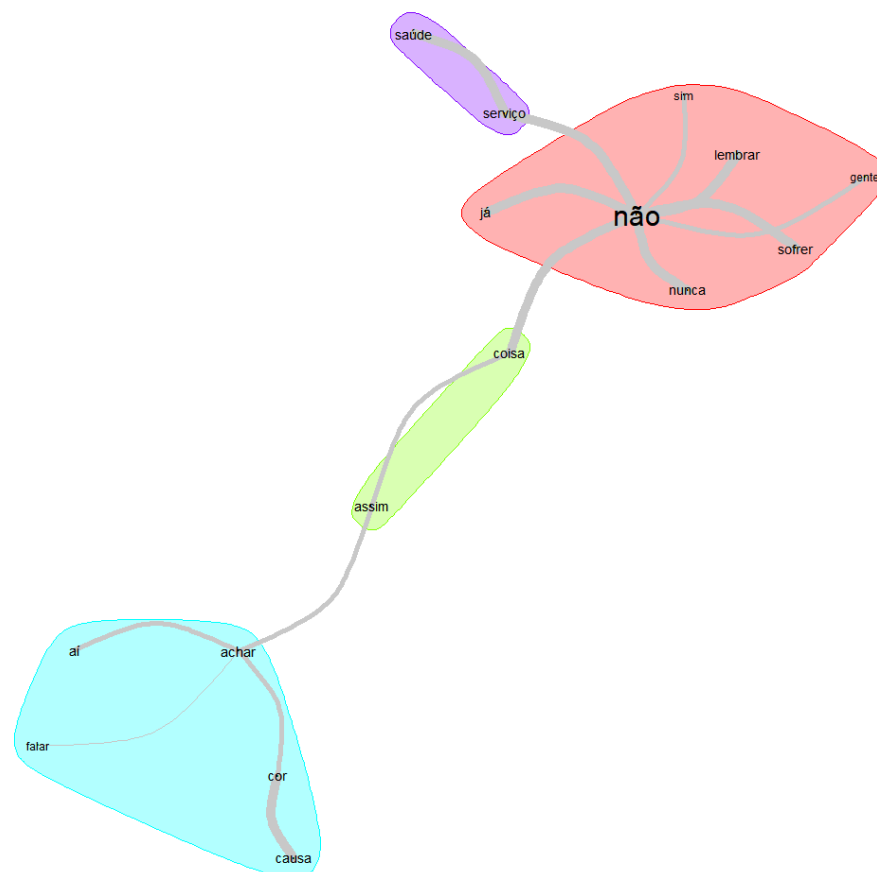


Figura 6. Análise de similitude da pergunta: O (a) Sr (a) se sentiu injustiçado (a), devido à discriminação no atendimento recebido nos serviços de saúde?

A figura 7, apresenta como o termo centralizador, a expressão de negação “não”, que se relaciona com as palavras: “sofrer”, “lembrar”, “sim”, “gente”, “nunca” e “já”. O “não” origina ainda um outro grupo que apresenta os termos: “serviços” e “saúde”. Subsequentemente, é visto um grupo proveniente do “não”, que está relacionado a “coisa” e “assim”. O termo “coisa”, está, por fim, associado às palavras como: “achar”, “cor”, “falar”, “causa” e “ai”.

A análise sugere que os entrevistados não relatam ter vivenciado alguma situação relacionada à prática de discriminação racial nas unidades de saúde. Vê-se que existe a possibilidade de os entrevistados apresentarem uma subnotificação, ou até mesmo silenciamento.

Apesar dessas limitações, o estudo fornece evidências de que a desigualdade racial de acesso à saúde no Brasil é fortemente influenciada pela desigualdade de renda. Isso sugere que políticas públicas, que visam reduzir a desigualdade de renda, também podem ajudar a reduzir a desigualdade racial de acesso à saúde.

A relação entre raça e acesso aos serviços de saúde bucal, durante a pandemia,

pode estar ligada a desigualdades históricas e sociais. Populações pretas e pardas, no Brasil, frequentemente, enfrentam dificuldades de acesso a serviços de saúde, incluindo odontológicos. A pandemia exacerbou essas desigualdades, impactando a capacidade dessas populações de acessarem serviços públicos de saúde bucal (NUNES, 2019; SANTOS *et al.*, 2021).

De acordo com o IPEA, a população negra, no Brasil, tem menos acesso a serviços de saúde do que a população branca. Essa desigualdade é fortemente influenciada pela desigualdade de renda, uma vez que a população pobre é predominantemente negra no Brasil. Como consequência, as desigualdades raciais de acesso à saúde praticamente desaparecem quando se compara a acessibilidade entre pessoas negras e brancas na mesma faixa de renda (BRASIL, 2023).

Uma pesquisa realizada pelo IBGE, em 2020, mostrou que 33,5% das pessoas de raça/cor preta e parda não tiveram acesso a nenhum atendimento odontológico nos 12 meses anteriores à pandemia, enquanto esse percentual foi de 21,8% entre pessoas brancas. Além disso, as pessoas de raça/cor preta e parda são mais propensas a relatar que tiveram dificuldades para acessar os serviços odontológicos públicos durante este período (IBGE, 2020).

As populações pretas e pardas, muitas vezes, vivem em áreas periféricas e com menor acesso a unidades de saúde. Durante a pandemia, essa falta de infraestrutura e a concentração de serviços de saúde em áreas mais privilegiadas podem ter dificultado o acesso dessas populações aos serviços de saúde bucal, incluindo a odontologia pública (SILVA; SILVA, 2021).

Dentre os empecilhos relacionados ao acesso de pessoas pretas e pardas aos serviços odontológicos, inclui-se menor renda, maior vulnerabilidade social, menor acesso à saúde, maior medo de contrair COVID-19, menor acesso a transporte público, menor acesso a profissionais de saúde bucal negros e pardos (BRASIL, 2020).

A relação entre raça e acesso aos serviços de saúde bucal também pode ser influenciada pelo conhecimento e informações sobre saúde. Populações historicamente marginalizadas podem dar menor importância à saúde bucal e sobre como buscar atendimento, o que pode impactar sua procura por serviços odontológicos durante a pandemia (SILVA *et al.*, 2017). Isso ressalta a necessidade de abordagens inclusivas e equitativas na prestação de serviços de saúde, visando superar as desigualdades históricas e promover o acesso para todos.

Na literatura científica, são apontadas a existência de disparidades no acesso a

serviços odontológicos ofertados pelo SUS, pela população em geral, porém existem fatores atenuantes que demonstram um racismo institucionalizado, definido por Carmichel e Hamilton (1967), como a denominação do racismo em estruturas organizacionais e institucionais da sociedade. Sumariamente, consiste em uma falha coletiva organizacional em ofertar um serviço digno e especializado a determinados indivíduos, em decorrência da sua cor, cultura ou etnia.

O IPEA apresenta a população preta como 60% do público atendido pelo SUS. Acrescenta-se que a maior parte desses usuários possuem faixa de renda financeira em torno de meio salário mínimo, o que evidencia o perfil desses indivíduos como pessoas pretas, pobres e inteiramente SUS-dependentes.

A literatura exterioriza que consultas autoavaliadas como ruins ou com a indicação para procedimentos mutiladores são mais prevalentes em pacientes negros do que em pacientes brancos, além disso, o mesmo estudo apresenta a disparidade socioeconômica em pacientes brancos e negros, como um dos fatores de maior relevância a ser considerado no que tange o acesso a consulta odontológica, além de ações simples como sorrir e comer (BACH *et al.*, 2022).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou aprofundar na compreensão da experiência complexa que é transitar na rede do SUS em busca de atendimento em saúde bucal, que se singulariza nas demandas pessoais e generaliza nos padrões de oferta de saúde para a região.

Os dados que descrevem a APS, do SUS, oferecem aproximações em termos avaliativos das condições de acesso da população negra da região periférica de Vitória da Conquista - Ba. As aproximações nesta direção vêm através de dados de pesquisa do IBGE, entre outras informações, de estudos variados acerca do acesso à saúde. Sabemos, por esta via, que a população negra está submetida a desigualdades e níveis de acesso ainda incipientes. O estudo de itinerários terapêuticos, no qual se inscrevem as experiências dos usuários na busca por atenção à saúde bucal, descreve obstáculos e barreiras, que orientam o percurso até alcançar, ou não, o cuidado em saúde bucal.

Apesar dos avanços na saúde pública, os resultados deste estudo lançam luz sobre a complexidade dos itinerários terapêuticos e os desafios estruturais enfrentados pela população negra periférica na busca por serviços de saúde bucal, desafios esses que foram acentuados no contexto da pandemia de COVID-19. Acerca dos aspectos sociodemográficos, o perfil dos entrevistados apresenta-se majoritariamente como mulheres. A maior parte dos entrevistados, possui idade entre 25 a 75 anos e não apresentam nível superior, variando entre a formação no ensino fundamental ou médio, com três ou mais dependentes, sobrevivendo com renda inferior ou pouco maior do que um salário mínimo. A amostra apresentou, em relação a autopercepção da saúde bucal, um fator significativo apenas quando apresenta algias, defendendo o perfil curativo do atendimento odontológico, e reforçando a necessidade do desenvolvimento de políticas de ensino em saúde que propaguem a necessidade de prevenção e promoção a saúde bucal.

De maneira complementar, observou-se que os entrevistados reforçam a prática de automedicação como alternativa para tratar possíveis dores de origem bucal, sendo este um problema de saúde pública que tende a comprometer o prognóstico do paciente, quando realizado sem instrução de um profissional que esteja embasado sobre a avaliação clínica (anamnese) e física, somada a exames complementares.

Os entrevistados reforçaram a existência de barreiras no atendimento odontológico que se resumem na burocracia, ausência de profissionais, falta de insumos e

aparelhos, demora para marcação e dificuldade em achar vagas para atendimento, evidenciando lacunas na oferta do serviço que devem ser solucionadas pelo Estado. É importante salientar que o cenário foi expressivamente acentuado no período da pandemia, o que afetou diretamente o itinerário da amostra, que são usuários SUS-dependentes, em sua maioria.

Este fator foi determinante para a busca do atendimento privado, quando o indivíduo possuía recursos financeiros para tal. Nos casos dos menos favorecidos, a necessidade foi adiada até o momento em que se obteve a possibilidade do atendimento na unidade da saúde de referência. Por fim, observou-se a possibilidade de subnotificação ou desconhecimento acerca da prática de discriminação durante a busca e o atendimento nos serviços de saúde. Este fenômeno se deve pelas réplicas ofertadas pela amostra, que negam, em sua maioria, veementemente a ocorrência de casos de discriminação em um corte raça/cor. Deste modo, sugere-se a necessidade em desenvolver ações intervencionistas de letramento racial para a população, para que a população reconheça, compreenda e combata atitudes e práticas racistas no meio em que está inserida.

8. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O.M.R. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 789-796, 2004.
- ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde pública**, v.24, n. 8, p. 2131-2140, 2008.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento. 2018.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra. 2020.
- ALVES, F.C.S. *et al.* Produtividade dos laboratórios de prótese dentária do SUS no estado da Bahia. **Journal of Dentistry & Public Health** (inactive/archive only), v. 11, n. 1, p. 18-24, 2020.
- ALVES, M. R.; ALMEIDA, M. F. Impact of COVID-19 pandemic on oral health: a systematic review. **Journal of the American Dental Association**, v.152, n.7, p.681-688. 2021.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho**, v. 14, n.42, p.29-43, 2015.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C.; Alves, P. C. B.; Souza, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.
- ALVES, P. H. M. *et al.* Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2227-2236.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. **Experiência de doença e narrativa**, 1(5)125-38.1999.
- ANTUNES, J.L.F., *et al.* Desigualdades na utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Cienc Saúde Colet**, v. 24, n.7, p. 2615-2622. 2019.
- ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.6, p. 3861-3870, 2022.
- ARAÚJO AGUIAR, D. M. *et al.* Perfil do atendimento aos adolescentes nas urgências odontológicas das unidades de pronto atendimento (UPA) no Estado de Pernambuco. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 15, n. 1, p. -4, 2016.
- ARAÚJO, D.; SANTOS, W. Raça como elemento central da política de morte no Brasil: visitando os ensinamentos de Roberto Esposito e Achille Mbembe. **Rev Direito Práx**, v.10, n.4, p. 3024-3055, 2019.
- ARAÚJO, E. M. *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p.191-205, 2020.

- ARAÚJO, E. M.; CALDWELL, K. L. Por que a COVID-19 é mais mortal para a população negra? 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-que-a-covid-19-e-mais-mortal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kiacaldwell/>. Acesso em 02 abr. 2022.
- ARAÚJO, E.M. *et al.* The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface**, v.13, n.31, p. 383-94, 2009.
- ATCHISON, K. A.; GIFT, H. C. Perceived oral health in a diverse sample. **Advances in dental research**, v. 11, n. 2, p. 272-280, 1997.
- AZEVEDO, A. A. *et al.* **O uso de medicamentos durante a gestação e o papel da Farmacovigilância**. 2019.
- BACH, C.N. *et al.* Discriminações e preconceitos: temas que precisam de muito debate na formação dos profissionais de saúde. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1729-1729, 2022.
- BALDAN, L.C. *et al.* Atenção odontológica durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 9, n.1, p. 36-46, 2021.
- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **Lancet Glob Health**, v.8, n.8, p.1018-1026, 2020.
- BARATA, R. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.1, p. 3-17, 2013.
- BARBER, S. *et al.* At the intersection of place, race, and health in Brazil: Residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Soc Sci Med**, v.199, n. 41, p. 67-76, 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2016.
- BARROS, A.J.D; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BARROS, B.F.M. *et al.* Atendimento odontológico e medidas preventivas para COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**.; v.4 (3), p. 9677-92, 2021.
- BASTOS, J. L. *et al.* Determinantes individuais da percepção da necessidade de tratamento odontológico em adultos: estudo de base populacional em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.2, p.e00153415, 2017.
- BENOIST, J. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala, 1996.
- BIDLLE, L. *et al.* Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. **Sociology of Health & Illness**, v. 29, n. 7, p. 983-1002, 2007.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.

37, n.10, p. 86-94, 2021.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, v.4, n.19, p.20-28, 2002.

BORGES, T.S. *et al.* Avaliação da produtividade da clínica odontológica do centro universitário luterano de palmas. **Singular. Saúde e Biológicas**, v. 1, n. 1, 2020.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. Rio de Janeiro: 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf Acesso em: 30 de jul de 2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Pandemia e Políticas Públicas: a questão étnico-racial no centro do debate**. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10505> Acesso em: 30 de jul de 2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras**. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8257/2/vulnerability.pdf> Acesso em: 30 de jul de 2023.

BRASIL. Lei nº14.572, de 8 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. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/itória/en/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor Atenção Básica Informação e gestão da atenção básica, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 18 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica. Informação e gestão da atenção básica. Cobertura de Saúde Bucal. 2021b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/ itória/en/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**. Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019**. Brasília: MS; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral a População**

Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020ª fev 4; Seção Extra:1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 30 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Levantamento de informações sobre a situação da saúde bucal no Brasil: dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Levantamento de informações sobre a situação da saúde bucal no Brasil: dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - 2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n.20/2020 SAPS/GAB/SAPS/MS. Dispõe sobre Notificação Imediata de Casos de Síndrome Gripal via plataforma do eSUS VE e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado no SIVEP-Gripe. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica-20_Notifica%C3%A7%C3%A3o-Imediata-de-Casos-de-S%C3%Adndrome-Gripal-via-plataforma-do-eSUS-VE-e-S%C3%Adndrome-Respirat%C3%B3ria-Aguda-Grave-SRAG-hospitalizado-no-SIVEP-Gripe..pdf. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. 2021a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/itória en/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral**

da População Negra: uma política para o SUS. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016^a. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Manual de gestão para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018^a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Bucal.** Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.924, de 17 de novembro de 2023. **Diário oficial da união.** Publicado em: 20/11/2023, Edição: 219, Seção: 1, Página: 116. Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra.

BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 466/2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 24 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 510/2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** 2017; 21set.

BRONDANI, M. Leeann. Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings. **PloS one,** v. 12, n. 5, p. e0177388, 2017.

BUCHILLET, D. A. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In. BUCHILLET, D. A. (org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.** Belém: Edições Cejup, 1999.

CABRAL, A.L.L. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMARGO, M.B. *et al.* Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 25, n. 9, p. 1894-1906, 2009.

- CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. Poder negro. **Pensamiento Crítico**, v. 4, n.4, p. 165-176, 1967.
- CARNEIRO, C. D. A.; PEIXOTO, S. S. Impactos da COVID-19 nas produções das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v.10, n.12, p. e598101220826, 2021.
- CELESTE, R. K. *et al.* The role of schools in oral health: a multilevel ecological analysis of Brazilian adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 4, p. 400-407, 2018.
- CELESTE, R. K. *et al.* The use of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multilevel analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 337-349, 2015.
- CELESTE, R.K., *et al.* Desigualdades raciais em saúde bucal. **J Dent Res**, v. 96, n. 3, p. 249-257, 2017.
- CHAVES, A.B. *et al.* Priorizando a Saúde Bucal nas Políticas Públicas: Uma Perspectiva Nacional. **Revista de Odontologia em Saúde Pública**, v. 40, n.3, p. 231-245, 2020.
- CHEHUEN, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-16, 2015.
- CHISINI, L. A. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Ver Bras Epidemiol**. v.2421, n. 9, p. E0013, 2021.
- CHOW, K M. *et al.* Uma revisão das questões psicológicas entre pacientes e profissionais de saúde durante dois grandes surtos de doenças por coronavírus na China: fatores contribuintes e estratégias de gestão. **Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública**, v. 17, n. 18, p. 6673, 2020.
- COSTA JÚNIOR, S. *et al.* Brazilian Oral Health Policy: metasyntesis of studies on the Oral Health Network. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n.105, p.1-11, 2021.
- COSTA, J. S. D. *et al.* Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. suppl 2, p. 51-59, 2008.
- COSTA, R.C. *et al.* Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 212-219, 2018.
- CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol Serv Saúde**, v.29, n. 6, p. 19-26, 2020.
- CUALHETE, D.N. *et al.* Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210700, 2022.
- CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. Who Declares covid-19 a Pandemic. **Acta bio-medica: Atenei Parmensis**, v. 91, n. 1, p. 157-160, 2020.
- DEL PINO, S.; CAMACHO, A. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19. 2020.

Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52252/OPSIMSPHECOVID-19200030_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jul. 2020.

DEMÉTRIO, F. *et al.* O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 6, p. 204-221, 2020.

EKANAYAKE, L. *et al.* Needs and demands for dental care in patients attending the University Dental Hospital in Sri Lanka. **International Dental Journal**, v. 51, n. 2, p. 67-72, 2001.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n.5, p. e222592, 2019.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. **Arch Fam Med Gen Pract**, v.5, n. 1, p. 15–122, 2021.

FISCHER, T. K. *et al.* Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. **Ver Bras Epidemiol**, v.13, n.1, p.126-38, 2010.

FONTANELLA, B. J. *et al.* Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

GAUDENZI, P. *et al.* Reconhecer o racismo para construir um cuidado efetivamente integral, equânime e universal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 2466-2466, 2023

GE, H. *et al.* A epidemiologia e informações clínicas sobre COVID-19. **Jornal Europeu de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas**, v. 39, n.16, p.1011-1019, 2020.

GEHLEN, I.; RAMOS, I. C. A. Estudo quanti-qualitativo da população quilombola do Município de Porto Alegre/RS. Relatório final. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/quilombolaspoarelatoriofinal_2008.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-63, 2006.

GOES, E. F. *et al.* Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n. 3, p. 23-34, 2020.

GOETTEMS, M. L. *et al.* The challenge of child management during dental care: use of nonpharmacological approaches. **Academic pediatrics**, v. 19, n. 5, p. 495-496, 2019.

GOULART, P M. *et al.* **Proposta de classificação de risco familiar para o atendimento em saúde bucal no município de Florianópolis.** 2017.

HAIKAL, D. S. *et al.* Validade da autopercepção da presença de cárie dentária como teste diagnóstico e fatores associados entre adultos. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00053716, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados, Vitória da Conquista. Rio de Janeiro, IBGE, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Tabela 3175 – População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em: 20 out. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Vitória da Conquista. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/it%C3%B3ria-da-conquista.html>. Acesso em: 21 mar. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22943-pnad-continua.html>.

IVERS, L. C.; WALTON, D. A. COVID-19: Global health equity in pandemic response. *Am J Trop Med Hyg*, v. 102, n.9, p. 1149-50, 2020.

JAAFAR, N. *et al.* Trends in tooth loss due to caries and periodontal disease by tooth type. **Singapore dental journal**, v. 14, n. 1, p. 39-41, 1989.

JESUS, A.P.G. *et al.* Prevalência da automedicação entre acadêmicos de farmácia, medicina, enfermagem e odontologia. **Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, v. 40, n. 2, p.151-164, 2013.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, v.16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KARAM, S.A. *et al.* Oral health and academic performance or absenteeism: Findings from a University in Southern Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.49, n. 3, p. 267-274, 2021.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. **Journal of dental research**, v. 96, n. 4, p. 380-387, 2017.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. California: Regents. 1980.

KOLB, D. **Experiential learning-experience as the source of learning and development**. New Jersey: Prentice-Hall. 1984.

LACERDA, J.T. *et al.* Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de saúde pública**, v. 38, p. 453-458, 2004.

LAGES, S.R.C. *et al.* O preconceito racial como determinante social da saúde-a invisibilidade da anemia falciforme. **Geraios: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 109-122, 2017.

LAURENCIN, C. T.; MCCLINTON, A. The COVID-19 Pandemic: a call to action to identify and address racial and ethnic disparities. **J Racial Ethn Heal Disparities**,7 (3) 398-402, 2020.

LEBRÃO, M.L.; SILVA, N.N. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: O Estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2 (9)1-5, 2019.

LIANG, Y. *et al.* The impact of COVID-19 on oral health and dental care: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Regional Health - Western Pacific**, v.10, n. 6, p. e100379, 2022.

LIMA, P. N. Recontar para ressignificar: passado e presente em pauta no racismo estrutural. **Revista Brasileira de História**, v. 41, n. 88, p. 359-365, 2021.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 16 (40)121-134, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19. **Ciênc Saúde Colet**, 26 (7) 2833-42, 2020.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JADT, v. 2012, n.7, p. 687-699, 2012.

MARQUESE, R. B. História, antropologia e a cultura afro-americana: o legado da escravidão. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, p 303–308, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0103-40142004000100026>.

MARTINEZ, H. A. **Itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Universidad Rovira i Virgili. 2006.

MARTINS, M.T. *et al.* Disparidades na utilização de serviços odontológicos entre adultos brasileiros: resultados da Pesquisa Brasileira de Saúde Bucal (SBBrasil 2010). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00145419, 2020.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique**. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 1955.

MATTOS, G.C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Rev odontol univ cid Sao Paulo**, 19 (1) 39-45, 2007.

MONTEIRO, R.B. *et al.* Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

MORAES, D.C. *et al.* Atendimento odontológico em tempos de COVID-19: compartilhando boas práticas protetivas e de biossegurança. **Journal of Dentistry & Public Health** (inactive/archive only), v.11, n.1, p. 73-82, 2020.

NARVAI, P.C. *et al.* Saúde Bucal Coletiva e pedagogia da sala de aula invertida: possibilidades e limites no ensino de graduação. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 1, p. 124-133, 2018.

- NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.4, p. 228-233, 2018.
- NÉTTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos bucais: reflexões em tempos pandêmicos**. São Paulo: Pimenta Cultural. 2021.
- NORONHA, K. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad Saúde Pública**, v.36, n.6, p. 18-24, 2020.
- OCAN, M. *et al.* Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. **BMC Public Health**, London, v.15, n.1, p.1-11, 2015.
- OCANA, J. D. *et al.* Analgesic use and pain in patients with acute coronary syndromes. **European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care**, v.4, n.1, p. 5-13, 2015.
- OLIVEIRA, A. S.; CARVALHO, A. R. A desigualdade racial do Brasil: o racismo estrutural e o determinismo social. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ**, v. 5, n.1, p. 228-230, 2017.
- OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 6, p. 297-302, 2005.
- OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00150120, 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Genebra: OMS, 2010.
- OSÓRIO, R. G. Texto para discussão n.996. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE**. Brasília: IPEA, 2003.
- PATEL, J. A. *et al.* Pobreza, desigualdade e COVID-19: os vulneráveis esquecidos. **Saúde pública**, v. 183, n.9, p. 110, 2020.
- PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.
- PINHEIRO, R. *et al.* **Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO. 2008.
- PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde**, v.16, n.41, p. 435-50, 2012.
- PINTO, V.M., *et al.* Determinantes sociais das disparidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 13, p. 22-39, 2018.
- REISINE, S. *et al.* Resultados de qualidade de vida relacionados à saúde bucal em um ensaio clínico randomizado para avaliar uma intervenção de higiene bucal baseada na comunidade entre adultos que vivem em residências para idosos de baixa renda. **Resultados de Saúde e Qualidade de Vida**, v. 19, p. 1-12, 2021.

- RIOS, L. T. Tendência da Política Nacional de Saúde Bucal, 2009-2019: estudo de série temporal no estado do Ceará. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, **Programa de Pós Graduação em Saúde da Família**, Sobral, 2021.
- ROCHA, C.O.M. Análise da eficiência mastigatória, força máxima de mordida e autopercepção da saúde bucal para próteses totais e overdentures implantorretidas com diferentes padrões oclusais. 2019.
- RONCALLI, A.G. *et al.* Melhorias socialmente desiguais nos níveis de cárie dentária em adolescentes brasileiros entre 2003 e 2010. **Odontologia comunitária e epidemiologia oral**, v. 43, n. 4, p. 317-324, 2015.
- SANTOS FERREIRA, R.B. *et al.* Implications of institutional racism in the therapeutic itinerary of people with chronic renal failure. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 38, n. 2, p. 21-34, 2020.
- SANTOS, B.S. *et al.* Perfil epidemiológico e saúde bucal de pacientes atendidos em uma clínica integrada de odontologia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, 2019.
- SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 4211-4224, 2020b.
- SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-43, 2020a.
- SANTOS, M.A. *et al.* Acesso aos serviços odontológicos no Brasil: uma abordagem ao cenário atual. **Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 2946, 2021.
- SANZ, E. G. *et al.* Avaliação do Programa de Promoção e Educação para a Saúde Bucal em crianças de 4 anos que concorrem ao Centro de Desenvolvimento Infantil Mitaí Roga N° V, Corrientes Capital. **Revista Digital FOUNNE**, v. 1, n.6, p. 21-34, 2020.
- SCHÖN, D. A. **La formación de profesionales reflexivos**. Hacia ver nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje ver las profesiones. Barcelona: Ediciones Paidós, 1992.
- SHI, L. *et al.* Potential role of autofluorescence imaging in determining biopsy of oral potentially malignant disorders: A large prospective diagnostic study. **Oral Oncology**, v. 98, p. 176-179, 2019.
- SILVA JUNIOR, M. F. *et al.* Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). **Ciência & Saúde Coletiva**, 22 (8) 2693-2702, 2017.
- SILVA, D. O. *et al.* A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v.21, n. 9, p. 83-97, 2008.
- SILVA, H. P. A vacina como vetor de aumento das iniquidades étnico-raciais. In: **ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. População Negra e Covid-19. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021.
- SILVA, M. S.; SILVA, M. L. Desigualdades raciais em saúde bucal no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n.4, p.1-11, 2021.

- SILVA; E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. Ed. Ver. Atual. Florianópolis: UFSC, 2005.
- SOARES, F.F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3169-3180, 2011.
- SOUZA, E.H.A. *et al.* Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.3, p. 2063-2070, 2012.
- SOUZA, A.S.R., *et al.* Distribuição espacial dos afro-brasileiros em áreas urbanas e acesso aos serviços públicos de saúde. **Saúde Soc.** v. 29, n.4, p.e181144, 2020
- SPRESSOLA-PRADO, V. L. Ecologia política da comida e nutrição em duas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira (Estado de São Paulo, Brasil). Dissertação (Mestrado em Ciências) – **Departamento de Ecologia do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2011.
- SUBBARAMAN, N. How to address the coronavirus's outsized toll on people of colour. **Nature**, v. 581, n.9, p. 366-7, 2020.
- TAMIETTI, M.B. *et al.* Fatores associados à automedicação em um serviço brasileiro de emergência odontológica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.12, n.1, p. 65-69, 2012.
- TERTO, V.; RODRIGUES, L. Desigualdades raciais e o acesso à saúde: representações de profissionais de saúde e usuários em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)** v,23, n4, p. e180399, 2019
- TUCHTENHAGEN, S. *et al.* Oral health and happiness in adolescents: A cohort study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 2, p. 176-185, 2021.
- VALE, E.B. *et al.* Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 9, p. 98-108, 2013.
- VELHO, G. **Individualismo e cultura**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2004.
- VICENTE, K. M. D. S. *et al.* Diretrizes de biossegurança para o atendimento odontológico durante a pandemia do COVID-19: revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.41, n.3, p.29-32, 2020.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, v. 25, n.3, p. 535-49, 2016.
- WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Racism and health I: Pathways and scientific evidence. **American Behavioral Scientist**, v. 57, n. 8, p. 1152-1173, 2013.
- WIROWSKI, N. *et al.* Prevalência de automedicação para COVID-19 entre adultos jovens durante a pandemia no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n.7, p. e29011729955-e29011729955, 2022.
- Yin, X. *et al.* Prevalence of self-medication with antibiotics and its related factors among Chinese residents: a cross-sectional study. **Antimicrobial Resistance & Infection Control**, v.10, n.1, p.1-7, 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
Mestrado em Saúde Coletiva



9. APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Paulo Henrique Martins de Oliveira, responsável pela pesquisa **“Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19”**, estou fazendo um convite ao senhor (a) para participar desta pesquisa.

Esta pesquisa pretende analisar as transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19. Acredito que ela seja importante, porque a partir desta análise, no contexto da pandemia da COVID-19, poderá evidenciar o aumento das iniquidades em saúde e da maior dificuldade do acesso da população negra ao serviço de saúde bucal.

Sua participação constará em responder uma entrevista semiestruturada, de duração média de uma hora, na qual o (a) senhor (a) responderá a umas perguntas presentes numa ficha de identificação socioeconômica e relacionadas ao objetivo deste estudo, com informações que serão gravadas, transcritas e analisadas o conteúdo da fala.

Caso alguma (s) dessas perguntas cause constrangimento, o que pode ser considerado risco ao (à) participante, ela não precisará ser respondida. Quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano ao (à) participante, decorrente da participação na pesquisa, a entrevista será interrompida e adotadas medidas cabíveis à situação identificada, fazendo-se os encaminhamentos necessários. Se houver algum dano ou despesa decorrente da sua participação na pesquisa, o (a) senhor(a) será ressarcido.

O local, data e horário da realização da entrevista serão agendados previamente, de acordo com a sua disponibilidade. Será assegurada sua integridade física, psíquica, intelectual, social e cultural.

Os benefícios que esperamos com o estudo são, a partir das expectativas do usuário, averiguar se a COVID-19 acentuou as iniquidades em saúde bucal da população negra periférica transformando os seus itinerários terapêuticos na Atenção Básica no contexto da pandemia.

Durante todo o período da pesquisa o (a) senhor (a) terá o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador por meio do telefone (77) 99800-8511, e-mail: paulohmo@hotmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa através do endereço Rua Hormindo Barros, nº 58, bairro Candeias; CEP: 45029-094, Vitória da Conquista – BA, pelo telefone (77) 3429-2709 e e-mail: cepims@ufba.br.

O (a) Sr (a) terá garantido o seu direito de não aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Não existirão despesas ou compensações pessoais para os (as) participantes em qualquer fase do estudo. Caso haja danos ou despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, o/a senhor/senhora será ressarcido. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, arquivadas por um período de cinco anos e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas e dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da UFBA, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Autorização:

Eu, _____ após a leitura (OU A ESCUTA DA LEITURA) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo assinando em duas vias, ficando uma cópia para si e outra para uso do pesquisador.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2022.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA OBTENÇÃO DO TCLE



Impressão do dedo polegar, caso não saiba ou não queira assinar.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
Mestrado em Saúde Coletiva



APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Paulo Henrique Martins de Oliveira e Raquel Souza do projeto de pesquisa intitulado **“Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da covid-19”** a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Vitória da Conquista-BA, _____ de _____ de _____.

 ASSINATURA DO PARTICIPANTE

 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO



Impressão do dedo polegar, caso não saiba ou não queira assinar.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
Mestrado em Saúde Coletiva



APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: “Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19”.

Pesquisador: Paulo Henrique Martins de Oliveira

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Raquel Souza

BLOCO 1: CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Horário de início da entrevista: ____: ____

1. Nome:	2. Qual é a sua idade? _____ anos completos
3. Qual a sua situação conjugal?	
1() Solteiro(a)	3() Divorciado(a)/separado(a)
2() Casado(a)/União consensual	4() Viúvo(a)
4. Qual o seu grau de escolaridade?	
1() Analfabeto	5() Ensino Médio completo
2() Ensino Fundamental incompleto	6() Ensino Superior incompleto
3() Ensino Fundamental completo	7() Ensino Superior completo
4() Ensino Médio incompleto	
5. Para você, qual a sua cor da pele/raça?	6. Qual é, aproximadamente, a sua renda mensal bruta?
1() Branca	5() Preta
2() Amarela	6() Não sabe
3() Parda	R\$ _____
4() Indígena	7. Qual é, aproximadamente, a renda familiar mensal bruta?
	R\$ _____
8. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____	

BLOCO 2: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

1. Você trabalha atualmente? 1() Sim 2() Não		
2. Há quanto tempo trabalha nesse emprego atual?	3. Quantos dias você trabalha por semana?	
1() 1 ano	4() 4 anos	1() 1
2() 2 anos	5() 5 anos	4() 4
3() 3 anos	6() ≥6 anos. Quantos? _____	7() 7
2() 2	5() 5	
3() 3	6() 6	
4. Quantas horas você trabalha por dia?	5. Em que turno(s) você trabalha?	
1() ≤ 6 horas	3() 8-12 horas	1() Manhã (6:00 às 12:00)
		3() Noite (após as 18:00)

2() 6-8 horas 4() \geq 12 horas. Quantos? _____ | 2() Tarde (12:00 às 17:00)

6. Com a pandemia de COVID-19, o(a) Sr(a). acha que as demandas do trabalho invadiram o tempo dedicado às suas atividades da vida diária? 1() Sim 2() Não

ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA

ANTECEDENTES

- 1) Como é a sua saúde de modo geral? Você tem algum problema crônico de saúde?
- 2) E na sua família, tem alguém com problemas sérios de saúde?
- 3) Quem cuida da sua saúde ou das pessoas da sua família quando ficam doentes?
- 4) Você já foi hospitalizado alguma vez? Se foi, como foi esse episódio?
- 5) Tem alguém da sua família que te orienta quando você tem problemas de saúde?
 - a. Quando você está envolvido com alguém afetivamente, a pessoa que está com você te ajuda a cuidar da sua saúde?

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO

- 6) Quais cuidados você tomou até encontrar um profissional-dentista?
- 7) Como e quando foi a primeira vez que notou que precisava de cuidar da saúde bucal?
- 8) O que você sentia antes de se tratar em relação ao problema de saúde bucal?
- 9) Você tomou alguma iniciativa pessoal para resolver o problema?
- 10) Você conversou com alguém sobre o problema?
- 11) Em que momento você percebeu que tinha um problema de saúde bucal e precisava de atendimento odontológico?

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

- 12) Como foi o percurso-caminho até encontrar um profissional dentista?
- 13) Quando foi seu primeiro contato com profissional de saúde- Dentista?
- 14) Você procurou serviço de profissional da rede privada, ou particular?
- 15) Fale sobre quando você precisa ir no posto de saúde buscar atendimento para o seu problema de saúde bucal
- ❖ É parte da sua rotina buscar a unidade de saúde?
 - ❖ Você obteve atendimento regular durante a pandemia?
 - ❖ Alguém da sua família ou você teve diagnóstico de covid-19?

- 16) Quais os principais desafios que você enfrenta para conseguir atendimento odontológico no posto de saúde?
- a. E durante a pandemia, como foi para obter atendimento com o dentista?
 - b. Dentre os desafios que já enfrentou para obter atendimento de dentista, qual foi o mais difícil de resolver?

DIFICULDADES DURANTE A PANDEMIA

- 17) Fale sobre os caminhos percorridos por você para conseguir tratar suas demandas de saúde bucal durante o período crítico da pandemia de COVID-19?
- a. Como você cuidava da saúde bucal, enquanto aguardava atendimento especializado? Mudou alguma coisa durante a pandemia?
- 18) Considerando também esses momentos (antes, durante e após a pandemia), aonde você ia ou vai quando não consegue lidar sozinho com o seu problema de saúde bucal?
- 19) Fale sobre essa vivência durante a pandemia.
- 20) O (a) Sr (a) se sentiu injustiçado (a), devido à discriminação no atendimento recebido nos serviços de saúde?
- 21) E nos serviços de saúde bucal?

Obrigado por sua participação!

Horário de término da entrevista: _____:_____



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
Mestrado em Saúde Coletiva



10.ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA




PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS
E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Eu, Silvana Hohlenwerger Galdino Dias, ocupante do cargo de Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa: "Transformações dos itinerários Terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID 19 ", do pesquisador Paulo Henrique Martins de Oliveira e declaro que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Vitória da Conquista, 05 de maio de 2022


Silvana Hohlenwerger Galdino Dias MAT- 245537
 Assessoria de Planejamento e Educação Permanente
 Secretaria Municipal de Saúde
 CNPJ 13.822.397/0001-49

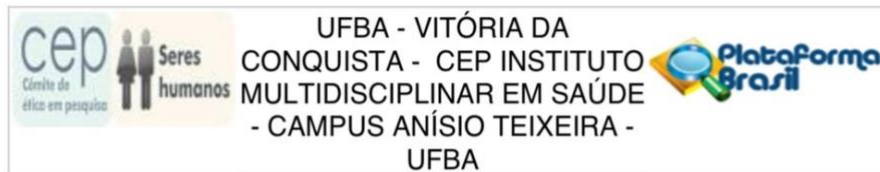
Silvana Hohlenwerger Galdino Dias
 Assessoria de Planejamento e
 Educação Permanente
 Matrícula: 245537



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
Mestrado em Saúde Coletiva



ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transformações dos itinerários terapêuticos em saúde bucal da população negra periférica no contexto da pandemia da COVID-19

Pesquisador: Raquel Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59807122.8.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.525.229

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma análise dos itinerários terapêuticos em saúde bucal, e as suas transformações, em indivíduos pertencentes a raça/cor negra, residentes em áreas periféricas no município de Vitória da Conquista-BA, durante o período da pandemia da COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

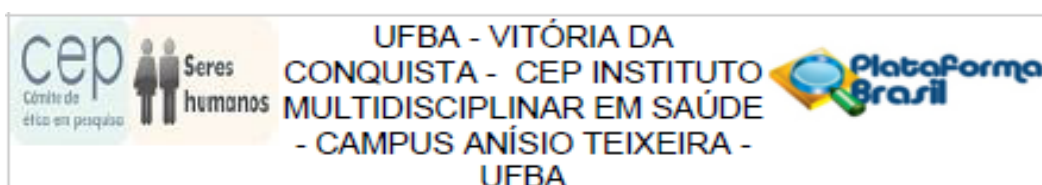
Analisar os itinerários terapêuticos em saúde bucal, e as suas transformações, em indivíduos pertencentes a raça/cor negra, residentes em áreas periféricas no município de Vitória da Conquista – Ba, durante o período da pandemia da COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconstituir os itinerários terapêuticos da população negra periférica sobre o acesso ao serviço de saúde bucal na Atenção Básica antes da pandemia;

Descrever a acessibilidade dessa população ao serviço de saúde bucal no contexto da pandemia, identificando barreiras e facilitadores;

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candeias. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.449.983

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que concerne aos riscos, eles são mínimos, referente a um possível desconforto ao responder as questões apresentadas, no entanto por se tratar de um tema que pode emergir sentidos pessoais diversos, os pesquisadores se comprometem a interromper a entrevista caso o participante apresente algum sinal de mal-estar devido a uma possível identificação com questões relacionadas às demandas de saúde mental. Quanto aos benefícios, eles dizem respeito ao enriquecimento das discussões sobre possíveis avanços nos cuidados a saúde mental dos ACS, acometidos por transtorno mental ou sofrimento psíquico, assim como na execução de futuras intervenções. Trata-se também de proporcionar um momento de fala para esses trabalhadores, fator que pode favorecer um momento de mobilização de um possível sentimento de sofrimento existente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância para o manejo da psicodinâmica de trabalho entre os ACS do município de Vitória da Conquista-BA, pois proporcionará uma resolução mais sensível, centralizada no sujeito e nos desafios da profissão ao nível local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os seguintes documentos: Projeto detalhado, Folha de Rosto, Curriculum lattes dos pesquisadores, Declaração dos pesquisadores, Anuência da Prefeitura de Vitória da Conquista, Termo de autorização de uso de imagem, TCLE e Folha Local.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é de grande relevância para o manejo da psicodinâmica do trabalho entre os ACS do município de Vitória da Conquista-BA. Não há pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 102ª reunião ordinária no dia 03 de junho de 2022 sendo aprovado por unanimidade de votos.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candeias. 1º andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br

