



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Larissa Maria Regis da Silva

**Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na
comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento**

Manaus

2025

Larissa Maria Regis da Silva

Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro

Manaus
2025

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

S586s

Silva, Larissa Maria Regis da

Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento / Larissa Maria Regis da Silva. Manaus : [s.n], 2025.

85 f.: color.; 21.0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

Inclui Anexo.

Orientador: Monteiro, Angela Xavier.

1. Saúde Bucal. 2. Populações Rurais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Medicina Tradicional. I. Monteiro, Angela Xavier (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 12 dias do mês de setembro de 2025, às 08h:30min, de forma híbrida, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é: “Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento”, apresentada por **Larissa Maria Regis da Silva**, sob orientação da Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro – Orientadora

Aprovada Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente
ANGELA XAVIER
Data: 22/09/2025 19:49:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Shirley Maria de Araújo Passos – Membro Titular

Aprovada Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente
SHIRLEY MARIA DE ARAUJO PASSOS
Data: 13/09/2025 00:49:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina – Membro Titular

Aprovada Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente
SOCORRO DE FATIMA MORAES NINA
Data: 22/09/2025 00:43:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Cristiane Alves Paz de Carvalho – Membro Titular

Aprovada Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente
CRISTIANE ALVES PAZ DE CARVALHO
Data: 13/09/2025 14:48:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Parecer Final:

Aprovada Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 12 de setembro de 2025.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Letícia Jaime Regis que sempre me guardou em suas orações e hoje intercede por mim junto a Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha eterna e profunda gratidão. Sua presença soberana tem sido o alicerce da minha vida, e foi sob Sua proteção e bênçãos que pude trilhar com coragem e serenidade mais esta etapa da minha caminhada acadêmica.

Ao meu marido, Raphael, meu mais sincero e afetuoso agradecimento. Sua dedicação, paciência e parceria foram indispensáveis para que este trabalho se concretizasse. Obrigada por caminhar comigo com tanto zelo e por abraçar esta pesquisa como se fosse sua — sua presença tornou o percurso mais leve, objetivo e possível.

Aos meus pais, Rejane e Jerônimo, e ao meu irmão Lucas, agradeço por serem minha base firme e meu refúgio constante. O amor incondicional, o apoio silencioso e a fé que sempre depositaram em mim sustentaram meus passos nos momentos de cansaço e incerteza. Cada conquista minha é, também, de vocês.

Às amigas Rafaela, Ellen e Rebeca, que o mestrado me presenteou, minha gratidão por compartilharem comigo não apenas o conhecimento, mas também as dúvidas, as alegrias e os desafios. Com vocês, a jornada foi mais rica, mais humana e infinitamente mais leve.

Aos amigos Jocilene Galúcio e Rubens Souza, minha sincera gratidão por abrirem caminhos com generosidade e sensibilidade, tornando viável o acesso ao campo de pesquisa e contribuindo de forma significativa para a realização deste trabalho.

À comunidade Nossa Senhora do Livramento, meu mais profundo reconhecimento e agradecimento. Obrigada por me receberem com tanto carinho, por abrirem suas casas, suas rotinas e seus saberes com tamanha confiança. A contribuição de vocês não apenas deu vida a esta pesquisa, mas também deixou marcas profundas na minha trajetória humana e profissional.

À minha orientadora, professora Ângela Xavier, agradeço imensamente pela atenção generosa, pela confiança constante e pela orientação firme e cuidadosa. Sua escuta atenta e seu olhar foram fundamentais para o amadurecimento deste trabalho e para meu crescimento como pesquisadora.

Aos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, meu agradecimento pelo convívio respeitoso e pelo ambiente de aprendizado coletivo que tanto contribuiu para minha formação acadêmica.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

Não vos inquieteis com nada! Em todas as circunstâncias apresentai a Deus as vossas preocupações, mediante a oração, as súplicas e a ação de graças.

Filipenses 4, 6

RESUMO

SILVA, Larissa Maria Regis da. **Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento.** 2025

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025

Esta pesquisa teve como objetivo descrever o cuidado recebido pela população residente da comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento por meio da equipe de saúde bucal da atenção primária, bem como compreender o acesso aos serviços e as práticas tradicionais de autocuidado desenvolvidas no território. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quali-quantitativa, realizado em área rural da cidade de Manaus, Amazonas, no ano de 2024. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 56 moradores distribuídos em 41 famílias. A amostragem foi do tipo bola de neve, e a análise dos dados seguiu procedimentos estatísticos descritivos e análise temática das falas. Os resultados indicam um perfil populacional com predominância de pessoas idosas (46,43%), baixa escolaridade (39,29% possuem apenas ensino fundamental), renda familiar limitada (46,34% recebem entre R\$1000,00 e R\$2000,00) e grande dependência de serviços públicos e benefícios sociais (73,17%). A infraestrutura domiciliar, embora com limitações em alguns aspectos, revelou padrões estáveis de moradia, com abastecimento por poço artesiano (87,80%) e uso de fossa séptica (95,12%). O acesso à unidade básica de saúde mostrou-se altamente influenciado pela sazonalidade dos rios, com piora significativa no tempo de deslocamento durante o período de seca, especialmente para os moradores dos distritos mais distantes. Ainda assim, constatou-se uma percepção majoritariamente positiva em relação ao atendimento odontológico recebido, com destaque para o vínculo com a equipe, a frequência das ações de promoção e a presença do agente comunitário de saúde. Por outro lado, foram identificadas falhas no agendamento de retorno e lacunas no acolhimento de demandas subjetivas durante as consultas. Além disso, foi documentado o uso recorrente de práticas tradicionais de cuidado bucal, especialmente com plantas medicinais como o pinhão-branco e jambu, associadas à dor de dente e inflamações, reforçando a coexistência de saberes populares e conhecimentos técnicos no cotidiano da comunidade. As conclusões apontam que o cuidado em saúde bucal é construído a partir de múltiplas experiências, que envolvem o acesso ao serviço formal, práticas comunitárias e estratégias de adaptação diante das barreiras geográficas e estruturais. O estudo destaca a importância de políticas públicas integrativas, que considerem as especificidades do território amazônico, respeitem os saberes locais e fortaleçam a presença das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas. Tais estratégias podem contribuir para uma atenção mais equitativa, culturalmente sensível e resolutiva, promovendo o direito ao cuidado em saúde em sua integralidade.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Populações Rurais. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Medicina Tradicional.

ABSTRACT

SILVA, Larissa Maria Regis da. **Oral health in the Amazonian rural context: care and practices in the riverside community Nossa Senhora do Livramento.** 2025.

Dissertation (Master in Collective Health) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

This research aimed to describe the care received by the residents of the riverside community Nossa Senhora do Livramento through the primary care oral health team, as well as to understand access to services and the traditional self-care practices developed in the territory. It is an observational, descriptive, quali-quantitative study conducted in a rural area of the city of Manaus, Amazonas, in 2024. Data collection was carried out through structured questionnaires and semi-structured interviews, applied to 56 residents distributed across 41 families. Snowball sampling was used, and data analysis followed descriptive statistical procedures and thematic analysis of the interviews. The results indicate a population profile predominantly composed of elderly individuals (46.43%), low educational attainment (39.29% with only elementary education), limited household income (46.34% earning between R\$1000.00 and R\$2000.00), and high dependence on public services and social benefits (73.17%). Household infrastructure, although limited in some aspects, revealed stable housing conditions, with water supply from artesian wells (87.80%) and use of septic tanks (95.12%). Access to the basic health unit was shown to be highly influenced by the seasonality of the rivers, with a significant increase in travel time during the dry season, especially for residents of the most distant districts. Nevertheless, a predominantly positive perception was observed regarding the dental care received, with emphasis on the bond with the team, the frequency of health promotion actions, and the presence of the community health agent. On the other hand, shortcomings were identified in follow-up scheduling and gaps in addressing subjective demands during consultations. In addition, the recurrent use of traditional oral health care practices was documented, especially medicinal plants such as *Jatropha curcas* (pinhão-branco) and *Acmella oleracea* (jambu), associated with toothache and inflammations, reinforcing the coexistence of popular knowledge and technical expertise in the community's daily life. The conclusions indicate that oral health care is constructed from multiple experiences, involving access to formal services, community practices, and adaptive strategies in the face of geographic and structural barriers. The study highlights the importance of integrative public policies that consider the specificities of the Amazonian territory, respect local knowledge, and strengthen the presence of oral health teams in riverside communities. Such strategies may contribute to more equitable, culturally sensitive, and effective care, promoting the right to comprehensive health.

Keywords: Oral Health. Rural Population. Primary Health Care. Health Services Accessibility. Traditional Medicine.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.....	29
Tabela 2 - Condição socioeconômica das famílias dos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.....	31
Tabela 3 - Acesso (locomção e agendamento) à unidade básica de saúde pelos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.....	33
Tabela 4 - Qualidade das consultas, vínculo, atividades de promoção de saúde e visita domiciliar pelos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.....	35
Tabela 5 - Questões sobre a saúde bucal dos participantes, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.....	36

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OBJETIVOS	14
1.1 Geral	14
1.2 Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A política de saúde dos povos do campo, da floresta e das águas	15
2.2 As reservas de desenvolvimento sustentável	16
2.3 As políticas de saúde bucal	18
2.4 O acesso e cuidado em saúde bucal na zona rural.....	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	24
3.1 Aspectos éticos.....	24
3.2 Tipo de pesquisa.....	24
3.3 Local de pesquisa	24
3.4 Amostra de participantes.....	25
3.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	26
3.6 Procedimentos	26
3.7 Armazenamento dos dados coletados	27
3.8 Análise e interpretação dos dados.....	27
4 RESULTADOS	28
4.1 Quantitativos.....	28
4.2 Qualitativos	36
5 DISCUSSÃO	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A	72
ANEXO B	73
ANEXO C	74
ANEXO D	76
ANEXO E	79
ANEXO F	82
ANEXO G	84

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta ampla extensão territorial e conseqüente exposição diferenciada a riscos e agravos em saúde, que por sua vez, costumam ser ainda mais desfavoráveis em populações rurais (FAUSTO et al., 2023). Nestas, incluem-se as populações ribeirinhas, que são aquelas comunidades tradicionais que residem às margens dos rios e conservam particularidades que se tornam grandes desafios para ações e estratégias de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como exposição a doenças tropicais, geografia e distância, bem como as limitações no acesso aos serviços de saúde (REIS et al., 2021; FIGUEIREDO JUNIOR, et al., 2020). Gonçalves e Domingos (2019, p. 105) afirmam que “é preciso entender essas comunidades como sujeitos de direitos não apenas em relação à posse das terras e os recursos naturais, mas sobretudo, dos serviços públicos considerados como essenciais para uma vida digna”.

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o acesso à saúde é um direito fundamental de todo cidadão, devendo ser garantido e ofertado pelo Estado. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como a porta de entrada ao sistema de saúde, cujo desenvolvimento no Brasil dá-se prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FERREIRA et al., 2020; RODRIGUES; ALMEIDA; FAUSTO, 2021; FAUSTO et al., 2023). Com a ESF o país vem alcançando resultados positivos sobre a saúde, apontando-se inclusive melhor cobertura em domicílios de área rural (77,0%) quando comparado à urbana (57,3%), especialmente nas regiões nordeste e sul (GIOVANELLA et al., 2021).

Contudo, ainda ocorrem dificuldades em sua universalização, especialmente para as populações mais distantes (GONÇALVES; DOMINGOS, 2019). Para as pessoas que residem nas metrópoles e grandes centros urbanos há maior aproximação e facilidade de acesso aos serviços de saúde. Já para as populações rurais, frequentemente é necessário deslocar-se para outras comunidades em busca desses serviços, o que por vezes, pode ser fator impeditivo do acesso devido às condições socioeconômicas das famílias. Segundo Silva e Miranda (2021, p.16), num estudo realizado na Comunidade Nossa Senhora do Livramento, “o acesso à saúde, infraestrutura e outros é bastante limitado, pois a Unidade de Saúde instalada na região não atende todos os tipos de casos, e em casos mais graves é necessário buscar a capital para realizar exames específicos ou um tratamento mais adequado”.

No que concerne à saúde bucal, os estudos na literatura científica publicados abordam expressivamente sobre o acesso aos serviços, de modo que há poucos trabalhos a respeito do cuidado. Quando se retrata o cuidado é comum ter seu significado atrelado ao ponto de vista tecnicista-biomédico. A medicina elaborou a concepção pragmática para este termo, voltada para o conjunto de terapias e procedimentos que objetivam a cura. Entretanto, quando o olhar é voltado apenas para esta intervenção, não se valoriza o sujeito-paciente sobre o qual a boca está inserida (BOTAZZO, 2013; COUTO; BOTAZZO, 2022). Contrário a essa compreensão, há o conceito que parte da saúde coletiva trazendo a subjetividade da boca humana para além das funções fisiológicas, mas tratando de sua produção social (PIRES et al., 2022). O conceito de bucalidade de Botazzo (2013, p.11) é entendido como “a capacidade da boca em ser boca, isto é, em exercer, sem limitação ou deficiência, as funções para as quais anatomicamente acha-se apta. Essas funções ou trabalhos foram descritos como sendo a manducação, a erótica e a linguagem”.

Desta forma, é necessário que o cuidado permita e promova a escuta desse indivíduo, a partir do conceito de bucalidade proposto, entendendo este como intimamente relacionado aos aspectos da existência humana tais como as questões ecológicas, sociais, culturais e políticas, em vista de que o corpo possui subjetividade, história e memória (COUTO; BOTAZZO, 2022).

O cuidado e acesso em saúde bucal são temáticas relevantes para a saúde pública, sobre as quais poucos estudos tratam de seu contexto em populações rurais ribeirinhas, menos ainda do ponto de vista desses povos. Assim, este estudo justifica-se na escassez de produções científicas acerca desse objeto de investigação, reflexo da imputada “invisibilidade” da população rural, especialmente a ribeirinha amazônica. Além disso, estudos como esse subsidiam a formulação de políticas de saúde para buscar fornecer equidade e universalidade no acesso aos serviços e cuidados, bem como promover a cidadania desse direito fundamental ao indivíduo. As evidências constatadas poderão ser usadas para a melhoria e aprimoramento da qualidade do cuidado e serviço ofertado pelas equipes de saúde. Como motivação pessoal, há o desejo de poder contribuir com a ciência voltada para a realidade tão particular do Amazonas, o que se entrelaça com a proposta do programa de pós-graduação em saúde coletiva e campo de pesquisa da orientadora.

Sendo assim, considerando-se o cuidado e acesso em saúde bucal como temáticas relevantes para a saúde pública, sobre as quais poucos estudos tratam de seu contexto em populações rurais ribeirinhas, propõe-se avaliar a seguinte questão norteadora: “Como ocorre o cuidado em saúde bucal pelas pessoas que vivem na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento?”.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Descrever o cuidado recebido pela população residente na comunidade Nossa Senhora do Livramento pela equipe de saúde bucal rural da atenção primária à saúde.

1.2 Específicos

- Identificar o perfil socioeconômico da população ribeirinha;
- Investigar o acesso aos serviços de saúde bucal pela população ribeirinha do ponto de vista dos residentes;
- Verificar o cuidado recebido por meio da equipe de saúde bucal ribeirinha do ponto de vista dos residentes;
- Compreender as práticas de autocuidado tradicionais ou populares com a saúde bucal dessas populações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A política de saúde dos povos do campo, da floresta e das águas

As políticas públicas do Brasil foram pensadas para uma realidade nacional homogênea da população. Contudo, as demandas dos povos do campo, da floresta e das águas requerem um olhar diferenciado. Entende-se por populações do campo, floresta e águas, segundo Brasil (2013, p.8) “os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra”, pertencendo os camponeses, agricultores familiares, assentados, acampados e assalariados que residem ou não no campo, além dos povos e comunidades tradicionais, como os quilombolas, ribeirinhos e ciganos/romani. Dentro desses grupos, há particularidades que tornam imprescindível a necessidade de serem ponderadas quanto à oferta do acesso e cuidado em saúde (BRASIL, 2022).

As comunidades tradicionais são ditas como aquelas que possuem cultura diferenciada e contam com uma organização social própria. Estas residem e se utilizam dos recursos e territórios naturais de modo econômico, religioso e ancestral, com práticas e conhecimentos que são transmitidos de geração em geração (BRASIL, 2007). A Atenção Primária à Saúde (APS) faz-se ainda mais importante para essas populações, tendo em vista que esta é considerada como a principal porta de entrada com papel fundamental na coordenação do cuidado em toda a Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as ações são dirigidas em território definido, observando as características pertinentes a essas comunidades tais como, questões sanitárias, critérios de risco e vulnerabilidade, dentre outros, para que se consiga assegurar todos os princípios norteadores para uma saúde de qualidade dessa população (BRASIL, 2022).

Nesse contexto, pela Portaria nº. 2866, de 02 de dezembro de 2011, é implementada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Este último termo, “águas”, foi acrescido posteriormente na Portaria 2322/2014, abrangendo então de maneira mais específica os povos que também compõem esse país de grande extensão territorial e panoramas distintos. Essa política requisitou grandes debates e reivindicações dos movimentos sociais que objetivavam garantir o direito de acesso aos serviços de saúde do SUS com equidade, universalidade e integralidade a essas comunidades (SANTOS et al., 2018).

A PNSIPCFA apresenta o objetivo de melhorar a saúde das populações do campo e da floresta, através de ações específicas que promovam o acesso aos serviços de saúde, a redução

dos riscos à saúde decorrentes dos trabalhos próprios desses povos, bem como a melhoria de seus indicadores de saúde e qualidade de vida, reduzindo as iniquidades em saúde. É salutar destacar que esta política visa, além de assegurar a saúde integral, também o respeito e a valorização das práticas tradicionais de saúde dessas populações (BRASIL, 2013). Na Amazônia, o conhecimento tradicional da população está intrinsecamente associado à biodiversidade local. As plantas na região, por exemplo, são usadas como amuletos de proteção, em chás e outras bebidas medicinais, em banhos e em rituais religiosos. Nesse cenário, a cultura e o saber tradicional se entrelaçam aos conhecimentos da medicina dita moderna (ARAÚJO et al., 2023).

Aponta-se que ainda há desafios, mesmo com os avanços descritos anteriormente, que precisam ser ultrapassados, inclusive sobre a pobreza, que é entendida como a vulnerabilidade em consequência da ausência de oportunidades. Dentre as medidas para a ampliação do acesso à saúde no meio rural podem ser citados: maiores financiamentos, a participação social e protagonismo destes povos, a educação permanente dos profissionais e ações planejadas em conjunto que respeitem as crenças, valores e seus modos de produção (BRASIL, 2013; SANTOS et al., 2018).

2.2 As reservas de desenvolvimento sustentável

As Unidades de Conservação (UCs) são espaços territoriais com recursos ambientais, criadas com o objetivo de difundir a proteção desses territórios. Até a década de 2000, não existia um sistema unificado para sua gestão. Assim, somente neste período, foi publicado um sistema que atendesse ao uso e conservação dos recursos naturais do país, o Sistema Nacional de Unidades de Conservação (SNUC). O SNUC divide em duas categorias as UCs, sendo uma de Unidades de Proteção Integral e a outra de Unidades de Uso Sustentável. O primeiro permite o uso indireto de parte dos recursos naturais, com regras e normas restritivas, tendo por objetivo preservar a natureza. Deste, fazem parte as unidades de Estações Ecológicas, Reservas Biológicas, Parques Nacionais, Monumentos Naturais e Refúgios de Vida Silvestre. Já os grupos de Uso Sustentável, conciliam a preservação da natureza mantendo concomitantemente o uso sustentável dos recursos naturais e engloba as Áreas de Proteção Ambiental, Áreas de Relevante Interesse Ecológico, Florestas Nacionais, Reservas Extrativistas, Reservas de Fauna, Reservas Particulares de Patrimônio Natural e as Reservas de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2000; SILVA; MIRANDA, 2021).

Segundo a Lei Federal nº. 9.985, de 18 de julho de 2000, a Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) é:

Uma área natural que abriga populações tradicionais, cuja existência baseia-se em sistemas sustentáveis de exploração dos recursos naturais, desenvolvidos ao longo de gerações e adaptados às condições ecológicas locais e que desempenham um papel fundamental na proteção da natureza e na manutenção da diversidade biológica.

Atualmente o Brasil possui 309 unidades de conservação, das quais o Amazonas possui a maior área territorial dessas zonas protegidas. No Amazonas, de acordo com a Secretaria Estadual do Meio Ambiente, encontram-se 42 unidades de conservação (UCs) sob gestão do Estado, sendo 8 de proteção integral e 34 de uso sustentável, correspondendo a um total de 12,13% da área do Estado. Ainda, desta última categoria, há 16 Reservas de Desenvolvimento Sustentáveis. No Estado do Amazonas há ainda 1,13% do território protegido por Unidades de Conservação sob gestão municipais (AMAZONAS, 2024).

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé (chamada de REDES do Tupé) foi criada pelo Decreto nº. 8.044 de 25 de agosto de 2005. Localiza-se no Corredor Central da Amazônia, na Bacia do Rio Negro e pertence administrativamente à zona rural da cidade de Manaus, estando sob gestão deste município. Possui área total equivalente a 11.973 hectares. É composta por 06 comunidades denominadas Agrovila, Colônia Central, Julião, Nossa Senhora do Livramento, São João do Tupé e Tatulândia. Conforme descrito na sua portaria de criação, apresenta o objetivo de preservar a natureza e assegurar meios para melhoria e qualidade de vida, bem como a exploração dos recursos naturais das populações tradicionais, valorizando seus conhecimentos (MANAUS, 2005; SILVA; MIRANDA, 2022).

Apesar destes objetivos, é notável que há uma lacuna entre o Plano de Gestão, a Legislação vigente e a realidade cotidiana de suas comunidades. Os moradores apresentam dificuldades no manejo entre o desenvolvimento sustentável e a preservação ambiental que possibilitem de fato condições de trabalho, estudo e qualidade de vida nestas localidades, pois toda a área pertence à União, onde as terras têm por obrigação serem transferidas à Prefeitura Municipal de Manaus (PMM), para só então solicitar junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma (INCRA) a Concessão de Direito Real de Uso (CDRU), documento este essencial para a solicitação de financiamentos e benefícios próprios, bem como plano de manejo dos recursos naturais por esses moradores. Há a necessidade desta comprovação de moradia e posse, que por sua vez, demanda determinada burocracia e carga financeira. Revelando assim, que aqueles povos tradicionais que já residiam antes mesmo da criação legal da Reserva, não são os proprietários da terra sem CDRU (MULLER et al., 2021).

Diz-se que Tupé é um termo indígena próprio do Tupi e significa “entrançado, tecidos trançados com talas da planta arumã”. Já a sigla REDES foi utilizada inicialmente em 2002, na Lei Municipal nº. 671 que regulamenta o Plano Diretor Urbano e Ambiental, posteriormente

sendo reafirmada no Decreto nº. 8.044/2005, e em 2016, no seu Plano de Gestão. REDES está intimamente relacionado ao próprio termo “entrelaçamento”, como também a dois objetos característicos do povo amazônica, especialmente aos ribeirinhos: a rede de emalo e a rede de pesca (MANAUS, 2002; MANAUS, 2005; NORTE-FILHO; MIRANDA, 2022; SEMMAS, 2016).

Os ribeirinhos são povos tradicionais que vivem sobretudo às margens dos rios e que têm praticamente todo o seu viver (habitação, trabalho, renda etc.) adaptado aos ciclos das águas (SILVA; SOUZA; SILVEIRA, 2023). Na Amazônia há dois períodos, que ditados pela chuva são chamados de: inverno (chuvoso) e verão (seco). Os períodos de cheia e seca que vêm das fases com mais ou menos chuva, respectivamente, possibilitam maneiras próprias de vida e cuidado nesse território (SCHWEIKARDT et al., 2021).

2.3 As políticas de saúde bucal

Na Constituição Federal do Brasil de 1988 a saúde é afirmada como um direito fundamental do cidadão e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), em plena redemocratização do país, foi regulamentado pela lei nº. 8080/90, garantindo o acesso universal e a atenção integral à saúde dos brasileiros, modificando o padrão da época que era hospitalocêntrico e pautado quase que exclusivamente na biomedicina (COSTA JUNIOR et al., 2021; FUSCO et al., 2023; GOMES; ZOBOLI; FINKLER, 2021).

Em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF) para operacionalizar o SUS e aumentar o acesso de seus usuários. No ano de 1997 passa a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) deixando de lado a ideia que o conceito “programa” carregava e assumindo um papel mais amplo e longitudinal. Contudo, a odontologia não fazia parte da lista de prioridades governamentais, sendo negligenciada durante anos com a falta de políticas públicas no Brasil (OLIVEIRA et al., 2022).

O acesso às práticas de saúde bucal era focado nas urgências e em grupos de prioridade, o que refletia em atendimentos reduzidos, cujo principal tratamento ofertado era o de exodontia (GALVÃO et al., 2022; MORAIS et al., 2020). Passou a ser incluída na Estratégia de Saúde da Família (ESF) somente em dezembro de 2000 com a Portaria nº. 1444, possibilitando uma transformação nas práticas, nos conceitos e na organização para favorecer melhores condições de saúde bucal para a população através do Sistema Único de Saúde (FUSCO et al., 2023).

Em 2003 houve então a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente”, que por meio da ESF expandiu as equipes de saúde bucal (eSB) da Atenção Básica e criou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os

Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), a partir de 2004. A PNSB é pautada na democracia da oferta de serviços de saúde bucal, com gestão participativa e outros princípios como ética, acesso, acolhimento e vínculo. Neste período pôde-se contar também com ações coletivas de promoção da saúde como a fluoretação das águas de abastecimento público, os inquéritos epidemiológicos e as parcerias com as universidades (CHAVES et al., 2017; MORAIS et al., 2020; PINHEIRO et al., 2023; SANTOS et al., 2023; SOUZA et al., 2021).

Em 2005 foi implantado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) como uma tentativa de aproximar as necessidades da atenção primária com a formação do pessoal de saúde, diminuindo a distância entre o meio acadêmico e profissional. Em 2006 surge a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esse período foi fortemente marcado pela expansão da Estratégia de Saúde da Família, pela criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e ampliação das Equipes de Saúde Bucal, como já descrito anteriormente. Contudo, nós críticos significativos eram presentes, como o modelo assistencial, infraestrutura inadequada, dificuldade de atração de médicos e o subfinanciamento (MELO et al., 2018).

Muito provavelmente devido a esses nós, deu-se início a mudanças na PNAB. Em 2011 foi aprovada a segunda edição da PNAB que determinou a necessidade da equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo contar também com os profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal). Aqui desenvolveram-se reformas, construções e informatização das unidades através do Requalifica UBS. Ocorreu também o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e Programa Mais Médicos (PMM), além da criação de novas modalidades de equipes que foram resultados dos esforços para dirimir as iniquidades do acesso à atenção básica: Consultórios na rua, Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais. A PNAB trouxe a criação de equipes e um novo modelo de trabalho em saúde direcionadas às realidades das populações residentes na Amazônia, com a criação das equipes de Saúde Ribeirinha e Saúde Fluvial, que por sua vez estão alinhadas à assistência necessária a este território. As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) permitiram o acesso à população da floresta anteriormente segregada da oferta de atenção e do processo de cuidado. Em setembro de 2017, por meio da Portaria nº 2436, foi publicada a última versão da PNAB, que trouxe algumas mudanças no que se refere à modalidade e composição das equipes, sendo as principais: a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional

de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes. Ainda nesta, foram mantidas as Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais. Em 2019, com a Portaria nº. 18, ficaram definidos três tipos de equipes de atenção básica que variam conforme os profissionais que a compõem, desobrigando os gestores de incluírem as ações de saúde bucal (ALMEIDA et al., 2018; Lima et al., 2021; MELO et al., 2018; MORAIS et al., 2020).

Ao longo dos anos houve avanço quanto aos serviços de saúde bucal no país, contudo é notável que ainda existe uma dificuldade na sua ampliação e manutenção com as mudanças de governo. Por muito tempo a odontologia percorreu caminhos paralelos e não conjuntos aos demais serviços de saúde. A organização do trabalho e atribuições do cirurgião-dentista (CD) na ESF requer maior integração com as equipes para que se desvinculem das ações não-integrais que os atendimentos unicamente clínico-curativos em consultório odontológico suprem. Faz-se necessário assim, aliar práticas clínicas às de saúde coletiva para uma completa promoção e prevenção da saúde (OLIVEIRA et al., 2022).

Todavia, vislumbra-se um grande ganho para ampliação do acesso e melhoria no cuidado em saúde bucal da população. A Lei Federal nº.14.572, de 8 de maio de 2023, passa a instituir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Lei nº. 8.080, incluindo a saúde bucal no campo de atuação do SUS (Brasil, 2023). Mais recentemente, em 01 de fevereiro de 2024, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinquagésima Reunião Ordinária, recomendou a alteração da Portaria nº. 2.436 de 2017, para inclusão dos profissionais de saúde bucal na equipe mínima de saúde da família, além *da* valorização dos profissionais de saúde bucal através de contratos de trabalho não precarizados, como a investidura de concursos públicos no âmbito do SUS. Essas recomendações, se aprovadas, contribuirão para a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024).

2.4 O acesso e cuidado em saúde bucal na zona rural

A realidade rural é afetada de maneira distinta em todos os lugares do mundo, destacando-se a escassez dos serviços odontológicos, baixa densidade populacional acompanhada do isolamento geográfico, por vezes a falta de eletricidade e abastecimento de água, além de menores recursos econômicos e uma população geralmente mais idosa (GAO et al., 2019; SHRIVASTAVA et al., 2019).

A escassez de equipes de saúde e a alta rotatividade nessas áreas dá-se pelas dificuldades em recrutar e manter os profissionais. Aponta-se a relação dos contratos temporários, o baixo

vínculo com o território e questões como menores perspectivas quanto às zonas rurais se comparadas às áreas urbanas movimentadas, bem como a distância da família e da capital (FAUSTO et al., 2023; GAO et al., 2019).

Devido ao espaçamento da população e à baixa densidade populacional, as instalações de saúde podem não estar localizadas dentro do alcance de todos os residentes, fazendo com que estes precisem deslocar-se longas distâncias até os serviços regulares (GAO et al., 2019). Nos Estados Unidos, os residentes rurais precisam viajar grandes distâncias para receber cuidados primários ou especializados devido à escassez desses serviços dentro destas localidades, o que por sua vez, leva a atrasos ou abandono do tratamento e consequente influência negativa nos resultados de saúde (AKINLOTAN et al., 2023).

Outro ponto importante trata da eletricidade e água, que são muitas vezes insuficientes ou instáveis, dificultando a estrutura e o bom funcionamento dos consultórios odontológicos (GAO et al., 2019). Afirma-se que os residentes das áreas rurais e remotas apresentam maior risco de ter a saúde bucal mais deficiente, com mais necessidades (não atendidas) de tratamento, piores conhecimentos e práticas odontológicas, observando-se também elevada prevalência de cárie dentária e maior propensão a outros problemas quando comparados com moradores das zonas urbanas. Existe uma discussão em torno das justificativas para tais disparidades, sendo o deficiente acesso aos serviços de saúde nessas localidades mais distantes um dos fatores apontados (BARNETT et al., 2017; CERICATO et al., 2021; CROCOMBE et al., 2022; NORTHRIDGE; KUMAR; KAUR, 2020; SHRIVASTAVA et al., 2019).

Além disso, indica-se que os comportamentos como higienização e outros hábitos deletérios (fumo e bebidas alcoólicas), bem como o histórico socioeconômico (incluindo renda e nível de educação) estejam intimamente relacionados à saúde bucal. Ao passo que, os moradores das áreas rurais e remotas tendem a apresentar com mais prevalência menor renda e baixa escolaridade, acarretando uma qualidade de vida desfavorável e acesso limitado aos cuidados em saúde. Há uma proporção maior de pessoas idosas, tendo em vista que a população mais jovem opta por buscar oportunidades de estudo e emprego nas grandes cidades. Às dificuldades no acesso soma-se também a acessibilidade propriamente dita desses residentes idosos por suas saúdes físicas e mobilidades mais debilitadas e a menor informação sobre os serviços de saúde necessários e disponíveis (GAO et al., 2019).

Os dados de um estudo realizado na Índia revelam que a população mais carente apresenta maior carga de doenças e maior risco de desenvolver cárie dentária e doenças periodontais, acarretando a perda dos elementos dentários, o que se deve à falta de acesso aos serviços, muitas vezes por serem incapazes de arcar financeiramente. Neste país, por exemplo,

a população rural equivale a 68,84% e desses, 25,7% encontram-se abaixo da linha da pobreza, sendo mais suscetíveis aos agravos (DANDE et al., 2019).

Já na China a prevalência de cárie dentária entre 2015 e 2016 era superior a 90% e a periodontite correspondia a 52,8% em adultos. Apesar do desenvolvimento econômico do país, ainda existem grandes disparidades entre as áreas urbanas e rurais quando se avaliam a renda, a infraestrutura e os serviços sociais. As barreiras de renda e educação comumente impedem que aqueles que residem nas áreas rurais acessem os cuidados odontológicos (QI; QU; WU, 2021).

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde bucal não acontece de maneira justa em todas as localidades e notoriamente é possível identificar que há uma associação entre acesso e determinantes como a idade, renda familiar e escolaridade, o que reflete a debilidade da equidade sofrida de modo mais intensificado por pessoas em situação de vulnerabilidade social. Em um sistema de saúde universal, os serviços de saúde odontológicos deveriam ser oferecidos igualmente, porém, sabe-se que cada região rural brasileira tem suas singularidades. Em se tratando das populações rurais ribeirinhas da Amazônia, suas vidas são organizadas conforme a sazonalidade dos rios, a dispersão demográfica e as longas distâncias, o que favorece dificuldades em acessar os serviços (CORDEIRO et al., 2024; HERKRATH; VETTORE; WERNECK, 2020; RABELLO et al., 2021).

Insera-se aqui o conceito de “território líquido”, o qual se refere a uma categoria analítica desenvolvida no contexto amazônico para compreender as dinâmicas de vida das populações ribeirinhas, cujos modos de existir são marcados pela fluidez e pelos ciclos das águas. Mais do que um espaço físico, o território líquido traduz-se em práticas, saberes, relações e memórias construídas em constante movimento. A seca e a cheia moldam não somente o acesso, o trabalho e o lazer, mas também influenciam diretamente na organização das políticas públicas, exigindo que estas se adaptem às especificidades locais. Assim, o território líquido é simultaneamente lugar de pertencimento, de identidade e de negociação, no qual as águas carregam significados concretos e simbólicos, conectando pessoas, histórias e práticas de cuidado, e revelando a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis no planejamento e execução de ações voltadas a essas comunidades (Lima et al., 2021; Moreira et al., 2025).

Nesse cenário, o conceito de “bucalidade”, formulado por Botazzo, propõe uma compreensão ampliada da saúde bucal, superando a visão restrita ao aparato estomatognático (aspectos exclusivamente biológicos). A bucalidade refere-se ao conjunto de funções, sentidos e significados que a boca pode assumir na vida humana. Articula subjetividade e corpo nas dimensões fisiológicas (como fonação, mastigação e deglutição), simbólicas (na comunicação

e afeto) e socioculturais (como estética e identidade), considerando o indivíduo de forma integral, o que conflui com os princípios de promoção de saúde e integralidade do SUS (BOTAZZO, 2013). Ao considerar que o território líquido implica modos específicos de viver, trabalhar, se alimentar e se relacionar, torna-se evidente que a bucalidade também se constrói de forma singular nesse contexto. Permeada por saberes tradicionais, limitações de acesso aos serviços e significados próprios atribuídos à boca e ao cuidado. Assim, integrar essas duas categorias permite compreender que a atenção em saúde bucal na Amazônia deve dialogar tanto com a dinâmica socioambiental e cultural do território quanto com a complexidade que a boca assume na vida cotidiana das comunidades ribeirinhas.

Na região norte do Brasil são também apontadas dificuldades relativas às distâncias e transporte. As populações rurais e ribeirinhas organizam-se de maneira esparsa no território e os trajetos são feitos, em sua maioria, por via fluvial, sendo ditados pelo nível das águas e tipo de embarcação utilizada, que pode ser a remo ou com motor acoplado, de modo tal a não ser possível expressar um tempo fixo de deslocamento. Na época das cheias as consultas e visitas domiciliares costumam ocorrer na frequência mensal correta. O que não acontece no período de seca, na qual usuários e equipes precisam percorrer longos trajetos a pé, acarretando a falta às consultas e diminuição no número de visitas realizadas. Há ainda um elevado custo no transporte para o deslocamento destes usuários. Além do regime dos rios, o tipo de embarcação também é uma variável a ser considerada quanto ao tempo de deslocamento. Na cheia, há melhor navegação, ao passo que na vazante restringe-se o deslocamento e uso de embarcações. Nesta fase, o isolamento torna-se comum e rotineiro. A irregularidade no sistema de transporte limita ou até mesmo impede a mobilidade dos ribeirinhos para acessar os serviços (FAUSTO et al., 2022; GARNELO et al., 2018, 2020; SILVA; FAUSTO; GONÇALVES, 2023).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

O projeto fora apresentado para solicitação de anuência da Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Sustentabilidade (SEMMAS) (Anexo A), além da autorização da líder comunitária da Associação Comunitária de Nossa Senhora do Livramento (Anexo B). Foi ainda, previamente, submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas seguindo os ditames da resolução 466/12, obtendo aprovação nº 78895024.3.0000.5016 (Anexo C).

3.2 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quali-quantitativa. A parte qualitativa aprofundou os fenômenos, os fatos e processos específicos, enquanto a parte quantitativa abrangeu os dados, indicadores e tendências observáveis.

3.3 Local de pesquisa

A Comunidade Nossa Senhora do Livramento fica situada na região rural da cidade de Manaus – AM, Brasil, à margem direita do igarapé Tarumã Mirim, distando em linha reta aproximadamente 7 km da capital, o que equivale a 20 ou 25 minutos na cheia, em barco do tipo voadeira com saída da Marina do Davi, e 60 minutos na vazante (SILVA; MIRANDA, 2021). É uma das seis comunidades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Tupé (Figura 1), que possui 11.973 ha, sendo Livramento considerada a maior em densidade populacional (BORGES; SILVA; MULLER, 2021; SILVA; MIRANDA, 2022).

A comunidade é dividida em quatro distritos denominados em ordem de distância por números cardinais: Distrito 1 é a sede da comunidade, onde se encontram os equipamentos sociais, como escola municipal (de ensino fundamental), igrejas, mercadinhos, comércio, sede da associação comunitária, posto policial (que desde o momento da pesquisa não possui efetivo de segurança pública) e a Unidade de Saúde da Família Rural (USFR), que no momento da pesquisa estava em reforma e fora reinaugurada em 21/08/2024. Esta considerada ribeirinha, contando com 01 equipe de saúde ativa, que se desloca todos os dias da zona urbana de Manaus para a comunidade. A equipe de saúde bucal da unidade é composta por 01 cirurgião-dentista e 01 auxiliar em saúde bucal, que realizam atendimentos três dias na semana e atividades coletivas nas demais comunidades. O Distrito 2 é ocupado por pessoas indígenas e não

indígenas e acessível via terrestre, e os Distritos 3 e 4 cujo acesso dá-se especialmente por meio fluvial, o que representa maiores desafios para adentrar com a pesquisa. Durante o trabalho de campo, não foi possível adentrar ao Distrito 3 da comunidade pesquisada, em razão do período de vazante em que a coleta foi realizada, o que tornava o trajeto ainda mais difícil e de acesso limitado. Além disso, este distrito apresentava um número reduzido de famílias residentes e, entre elas, havia algumas pertencentes a grupos indígenas, que, por sua vez, não poderiam integrar a amostra da pesquisa.

Figura 1: RDS do Tupé e suas comunidades.



Fonte: acervo do Programa Tupé / UFAM, 2006. Extraído de NORTE-FILHO; FRAXE, 2022.

3.4 Amostra de participantes

Neste estudo, utilizou-se amostragem não probabilística em Bola de Neve. Essa amostragem é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Para o pontapé inicial, lançou-se mão de informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Os informantes-chaves indicaram outros residentes da comunidade. Em seguida, solicitou-se que as pessoas indicadas pelas sementes indicassem novos contatos com as características desejadas, e assim sucessivamente. Quando o quadro de amostragem se tornou saturado, ou seja, não houve novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trouxeram informações novas ao quadro de análise, a amostragem fora finalizada (VINUTO, 2014).

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos homens e mulheres adultos não-indígenas com idade a partir dos 18 anos, residentes permanentes na comunidade Nossa Senhora do Livramento, que aceitaram participar mediante autorização via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Foram excluídos homens e mulheres não-indígenas com impedimentos cognitivos que pudessem dificultar ou impedir responder aos questionários e entrevistas.

3.6 Procedimentos

Visitas prévias à coleta de dados foram realizadas com o objetivo de conhecer a comunidade e estabelecer um vínculo inicial com seus moradores, favorecendo o processo de familiarização e a inserção no campo. A coleta foi agendada antecipadamente com a líder comunitária. O deslocamento até a comunidade ocorreu, em período de cheia, por meio de uma embarcação do tipo voadeira, partindo da Marina do Davi, com duração aproximada de 20 a 25 minutos. Contudo, durante a vazante, o percurso tornou-se mais complexo: foi necessário seguir a pé por um trecho adaptado até um porto flutuante improvisado pela cooperativa responsável pelo transporte local. A partir desse ponto, o trajeto prosseguiu em embarcações menores, inicialmente as chamadas “rabetas”, até onde o nível do rio permitia, sendo então feita uma nova troca por uma canoa, utilizada até a proximidade da comunidade. Após o desembarque, percorreu-se ainda cerca de 10 minutos a pé até a sede, totalizando aproximadamente 60 minutos de viagem até o destino.

A coleta de dados foi realizada *in loco* nas residências dos moradores da comunidade Nossa Senhora do Livramento. Uma representante comunitária acompanhou a pesquisadora em todas as visitas. As entrevistas e questionários foram aplicados pelo tempo médio de 45 minutos, no local da casa escolhido pelo participante.

Como instrumentos quantitativos foram utilizados dois questionários, sendo um para avaliar o acesso e cuidado em saúde bucal, aplicado de forma individual, com cada residente do domicílio (Anexo E) e outro para as condições socioeconômicas das famílias participantes deste estudo, aplicado um para cada família (Anexo F).

Para o primeiro, foi utilizado o questionário retirado do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo – Módulo III – Entrevista com Usuário, que abrangeu 23 questões objetivas selecionadas que verificaram a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde bucal no que concerne ao seu acesso e utilização.

Já para o segundo, foi utilizado o Instrumento de Avaliação Socioeconômica validado (GRACIANO, 2013; GRACIANO; LEHFELD, 2010), o qual avalia cinco parâmetros, sendo: renda familiar mensal, número de pessoas que residem na casa, escolaridade, habitação e infraestrutura e profissão. O mesmo foi adaptado nos parâmetros que se referem à renda familiar mensal, sendo incluído item sobre auxílio governamental e na habitação e infraestrutura foram incluídos itens sobre condições da habitação, acesso e tratamento da água, esgotamento sanitário e energia elétrica.

Para a parte qualitativa do estudo foi realizada uma entrevista utilizando um Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Anexo G) com perguntas abertas que permitiram abranger com mais acurácia as percepções e práticas de cuidado em saúde bucal por esses comunitários.

3.7 Armazenamento dos dados coletados

Ficou assegurada a garantia de sigilo das informações, codificando os participantes e evitando divulgação de dados pessoais. No decorrer do estudo, a pesquisadora ficou responsável pelo armazenamento, ao passo que, com o encerramento da pesquisa foi realizado o *download* de todos os dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando-se todos os registros das plataformas.

3.8 Análise e interpretação dos dados

Para os dados quantitativos foi realizada a tabulação em planilha Excel e posterior análise de forma descritiva realizada com o *software Jamovi*. Na análise quantitativa aplicou-se o teste exato de Fisher, tomando-se o nível de significância de 0,05. Após realizada a estatística descritiva, as idades foram categorizadas em percentis para se obter os intervalos correspondentes às faixas etárias predominantes.

Enquanto para os dados qualitativos, as questões foram transcritas integralmente utilizando-se planilha Excel, optando-se pela realização de uma análise temática, com o objetivo de organizar e apresentar as informações de forma sistemática e clara, preservando a proximidade com o conteúdo original das falas dos participantes. Seguindo-se as seguintes fases: 1) familiarização com os dados; 2) geração dos códigos iniciais; 3) busca de temas; 4) revisão de temas; 5) definição e nomeação de temas; 6) produção de relatório (SOUZA, 2019). Para facilitar a compreensão e a visualização dos achados, os resultados foram estruturados em categorias e subcategorias.

Analfabeto(a)	1	1,79	1	1,79	5	8,93	12,51
EF incompleto	8	14,29	8	14,29	6	10,71	39,29
EF completo	4	7,14	2	3,57	1	1,79	12,50
EM incompleto	0	0,00	1	1,79	2	3,57	5,36
EM completo	9	16,07	2	3,57	3	5,36	25,00
ES completo	2	3,57	0	0,00	1	1,79	5,36
Ocupação							0,002
Aposentado(a)	8	14,29	2	3,57	7	12,50	30,36
Agricultor(a)	0	0,00	0	0,00	6	10,71	10,71
Desempregado(a)	1	1,79	1	1,79	0	0,00	3,58
Do lar	3	5,36	2	3,57	3	5,36	14,29
Cozinheiro(a)	0	0	3	5,36	0	0,00	5,36
Autônomo(a)	3	5,35	0	0,00	0	0,00	5,35
Outros	9	16,07	6	10,71	2	3,57	30,35
Total	24	42,86	14	25,00	18	32,14	100

*Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Na tabela 2 foram demonstrados os dados da condição socioeconômica familiar. Em relação a renda familiar, 46,34% das famílias tinham renda familiar mensal entre R\$1000,00 e R\$2000,00, com maior percentual no distrito 1 (19,51%). Encontrou-se menor percentual de famílias (14,64%) com renda mensal maior que R\$ 5000,00, com destaque para o distrito 1 com 9,76%. Na composição da renda familiar inclui-se o recebimento de auxílios ou benefícios, o que foi relatado por 73,17% das famílias, sendo o Bolsa Família o mais elencado (34,15%).

Quanto a situação da casa, em sua maioria, é dita como própria (97,56%). Sobre a estrutura destas, no distrito 1, as paredes são mistas (tijolo e madeira), correspondendo a 34,15%. No 2 prevalece madeira (12,20%) e no 4, tijolos (17,07%). As telhas são predominantemente de fibrocimento (58,53%). No que diz respeito ao saneamento básico, a maior parte da comunidade utiliza poço artesiano para o acesso à água (87,80%), bem como faz uso de hipoclorito para o tratamento desta para o consumo (70,73%). Além disso, independente da fonte utilizada, ainda há um percentual da comunidade que a consome sem qualquer tratamento, sendo 4,88% no distrito 1 e 12,20% no distrito 4.

Do esgotamento sanitário, em todos os distritos prevalece a fossa séptica (95,12%). Toda a população investigada afirmou possuir luz elétrica através do Programa de governo “Luz para Todos”. Sobre os cômodos utilizados como dormitórios, há a prevalência de 1 quarto, ao passo que fora relatado por 80,49%, que a acomodação é considerada como suficiente. Dentre as variáveis socioeconômicas descritas, somente a fonte do acesso à água apresentou diferença significativamente estatística entre os distritos ($p=0,042$).

Tabela 2 – Condição socioeconômica das famílias dos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.

	Distrito						Total	p*
	1		2		4			
	n	%	n	%	n	%		
Renda familiar								0,286
< 1000 reais	4	9,76	0	0,00	4	9,76	19,52	
1000 a 2000 reais	8	19,51	7	17,07	4	9,76	46,34	
2000 a 5000 reais	2	4,88	2	4,88	4	9,76	19,52	
> 5000 reais	4	9,76	1	2,44	1	2,44	14,64	
Quantidade de pessoas								0,245
1 a 3	9	21,95	8	19,51	11	26,83	68,29	
4 a 6	6	14,63	2	4,88	2	4,88	24,39	
> 6	3	7,32	0	0,00	0	0,00	7,32	
Recebe auxílio								0,603
Sim	14	34,15	8	19,51	8	19,51	53,66	
Não	4	9,76	2	4,88	5	12,20	14,64	
Tipo de auxílio								0,661
Bolsa família	7	17,07	3	7,32	4	9,76	34,15	
Aposentadoria	5	12,20	1	2,44	3	7,32	21,96	
BPC	0	0,00	1	2,44	1	2,44	4,88	
Outro	2	4,88	3	7,32	0	0,00	12,20	
Não recebe	4	9,76	2	4,88	5	12,20	26,84	
Situação da casa								1,000
Própria	17	41,46	10	24,39	13	31,71	97,56	
Cedida	1	2,44	0	0,00	0	0,00	2,44	
Paredes								0,188
Tijolos	4	9,76	2	4,88	7	17,07	31,71	
Madeira	5	12,20	5	12,20	4	9,76	34,16	
Mista	9	21,95	3	7,32	2	4,88	34,15	
Cobertura (telhas)								0,847
Fibrocimento	11	26,83	6	14,63	7	17,07	58,53	
Metálica	6	14,63	3	7,32	6	14,63	36,58	
Barro	1	2,44	1	2,44	0	0,00	4,88	
Acesso à água								0,079
Poço artesiano	17	41,46	10	24,39	9	21,95	87,80	
Rio	1	2,44	0	0,00	4	9,76	12,20	
Tratamento da água								0,061
Clorada	12	29,27	9	21,95	8	19,51	70,73	
Sem tratamento	2	4,88	0	0,00	5	12,20	17,08	
Outro (filtro)	4	9,76	1	2,44	0	0,00	12,20	
Esgotamento sanitário								0,813
Fossa séptica	17	41,46	10	24,39	12	29,27	95,12	
Não possui	0	0,00	0	0,00	1	2,44	2,44	
Outros (aterro)	1	2,44	0	0,00	0	0,00	2,44	
Energia elétrica								1,000

Luz elétrica	17	41,46	10	24,39	13	31,71	97,56
Outro (placa solar)	1	2,44	0	0,00	0	0,00	2,44
Dormitórios							0,911
1	8	19,51	6	14,63	6	14,63	48,77
2	7	17,07	3	7,32	6	14,63	39,02
3	1	2,44	1	2,44	1	2,44	7,32
4	2	4,88	0	0,00	0	0,00	4,88
Acomodação							0,047
Suficiente	12	29,27	8	19,51	13	31,71	80,49
Insuficiente	6	14,63	2	4,88	0	0,00	19,51
Total	18	43,90	10	24,39	13	31,71	100

*Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Com relação ao acesso, relacionado às questões de locomoção e agendamento das consultas, os resultados estão apresentados na tabela 3. O tempo até a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi descrito para a época de cheia e vazante. Na cheia, houve maior percentual de participantes que levam menos de 10 minutos para chegar a UBS nos distritos 1, 2 e 4, com 37,5%, 10,71% e 30,36% respectivamente. Contudo, durante o período de seca, para os residentes do distrito 4, esse tempo passa a ser de 40 a 60 minutos para 17,86%, cujo acesso dentro da comunidade à UBS é principalmente via fluvial. Houve diferença estatisticamente significativa no tempo para chegar à UBS durante a seca e cheia entre os distritos, ($p < 0,001$).

Para grande parte (41,08%) da população da comunidade (distritos 2 e 4) o horário que a UBS funciona atende às suas necessidades. Contudo, no distrito 1, a sede da comunidade, elevado percentual afirma que não atende (19,64%), sendo sugerido que o horário de interesse para o funcionamento da UBS fosse de 24 horas ou até às 18 horas, com mesmos percentuais de 14,29%. Os distritos 2 e 4 em sua maioria (8,93% e 25,00%, respectivamente) não tiveram sugestões para horários alternativos. Ambas as variáveis também apresentaram diferenças significativamente estatísticas ($p = 0,015$).

Sobre a marcação de consulta, os distritos 1 e 2, maior percentual relatou ir até a UBS para agendar (21,43% e 23,21%, respectivamente). No distrito 4 para 19,64% dos participantes, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza o agendamento. Esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa entre os distritos. Nos três distritos, maior percentual de residentes avaliam a forma de agendamento das consultas como boa (25,00%, 12,50% e 23,21%, respectivamente), e em todos, houve maior percentagem de consultas realizadas por ordem de chegada (32,14%, 23,21% e 30,36%).

Tabela 3 - Acesso (locomoção e agendamento) à unidade básica de saúde pelos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.

	Distrito						Total	*p
	1		2		4			
	n	%	n	%	N	%	%	
Tempo até UBS (cheia)								<0,001
< 10 min	21	37,50	6	10,71	17	30,36	78,57	
Até 15 min	1	1,79	4	7,14	0	0,00	8,93	
> 20 min	1	1,79	4	7,14	1	1,79	10,72	
Ignorado	1	1,79	0	0,00	0	0,00	1,79	
Tempo até UBS (seca)								<0,001
10 a 30 min	1	1,79	0	0,00	5	8,93	10,72	
40 a 60 min	0	0,00	0	0,00	10	17,86	17,86	
Não sabe	23	41,07	14	25,00	3	5,36	71,43	
Necessidades supridas com o horário de funcionamento da UBS								0,008
Sim	7	12,50	8	14,29	15	26,79	53,58	
Às vezes	3	5,36	0	0,00	1	1,79	7,15	
Não	11	19,64	6	10,71	2	3,57	33,92	
Não sabe	3	5,36	0	0,00	0	0,00	5,36	
Horário de funcionamento de interesse pela comunidade								0,008
24h	8	14,29	1	1,79	2	3,57	19,65	
À noite	1	1,79	2	3,57	1	1,79	7,15	
Até às 18h	8	14,29	4	7,14	1	1,79	23,22	
Mais cedo	1	1,79	2	3,57	0	0,00	5,36	
Sem sugestão	6	10,71	5	8,93	14	25,00	44,64	
Marcação de consulta								0,010
O ACS marca	8	14,29	1	1,79	11	19,64	35,72	
Por telefone	1	1,79	0	0,00	0	0,00	1,79	
Vai até a UBS	12	21,43	13	23,21	6	10,79	55,43	
Não sabe	2	3,57	0	0,00	1	1,79	5,36	
Outro	1	1,79	0	0,00	0	0,00	1,79	
Como avalia a forma de marcação de consulta								0,598
Bom	14	25,00	7	12,50	13	23,21	60,71	
Muito bom	3	5,36	1	1,79	2	3,57	10,72	
Ruim	1	1,79	3	5,36	0	0,00	7,15	
Regular	3	5,36	1	1,79	2	3,57	10,72	
Muito ruim	0	0,00	1	1,79	0	0,00	1,79	
Não sabe	3	5,36	1	1,79	1	1,79	8,94	
Tipo de consulta								0,516
Por ordem de chegada	18	32,14	13	23,21	17	30,36	85,71	
Com hora marcada	4	7,14	1	1,79	1	1,79	10,72	
Não sabe	2	3,57	0	0,00	0	0,00	3,57	
Total	24	42,86	14	25,00	18	32,14	100	

*Teste Exato de Fisher (p<0,05). Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Quanto às questões de utilização dos serviços, relacionadas à qualidade das consultas odontológicas, vínculo, atividades de promoção de saúde e visita domiciliar estão apresentadas na tabela 4. Para elevado percentual dos entrevistados (39,28%), o Cirurgião-dentista (CD) não

pergunta sobre outras questões de saúde além dos problemas bucais que os levam a procurar o serviço para atendimento. Para esta variável houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Maior percentual costuma conseguir os medicamentos na Unidade Básica de Saúde (74,99%), enquanto 14,29% paga pelo medicamento. A variável apresentou diferença significativamente estatística ($p=0,039$). Na ausência do CD, 57,14% nunca precisou tirar dúvidas com outros profissionais da unidade, já 26,79% sempre consegue quando precisa. Dos entrevistados que relataram ter faltado ao atendimento, 8,94% afirma que o CD e o ACS realizam a busca ativa, ao passo que 10,71% nega. Ainda, 67,86% alegaram nunca ter faltado ao atendimento.

Dos participantes deste estudo, 46,43% afirmaram que o Cirurgião-Dentista deixa tempo suficiente para que possam falar sobre suas preocupações ou problemas, e 12,51% negaram. Esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$). Quanto às atividades de promoção de saúde ofertadas pela equipe da UBS, 58,93% afirmam participar. Sobre a forma como é acolhido pela equipe de saúde, maior percentual (57,14%) avalia como “bom”. Para 82,14% o ACS realiza visita domiciliar, conforme respostas dos participantes da pesquisa.

Tabela 4 - Qualidade das consultas, vínculo, atividades de promoção de saúde e visita domiciliar pelos participantes do estudo, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.

	Distrito						Total	p^*
	1		2		4			
	n	%	n	%	n	%		
O CD** pergunta sobre outras questões								<0,001
Sempre	8	14,29	3	5,36	2	3,57	23,22	
Nunca	11	19,64	9	16,07	2	3,57	39,28	
Na maioria das vezes	0	0,00	1	1,79	1	1,79	3,58	
Não sabe	5	8,93	1	1,79	13	23,21	33,93	
Lugar que consegue os medicamentos								0,043
Na UBS	13	23,21	13	23,21	16	28,57	74,99	
Paga pelo remédio	6	10,71	1	1,79	1	1,79	14,29	
Não sabe	5	8,93	0	0,00	1	1,79	10,72	
Consegue tirar dúvida com outros profissionais								0,065
Sim	5	8,93	8	14,29	2	3,57	26,79	
Não	2	3,57	1	1,79	1	1,79	7,15	
Nunca precisou	13	23,21	5	8,93	14	25,00	57,14	
Não sabe	4	7,14	0	0,00	1	1,79	8,93	
CD ou ACS faz busca ativa								0,159

Sim	1	1,79	3	5,36	1	1,79	8,94	
Não	4	7,14	2	3,57	0	0,00	10,71	
Nunca faltou ao atendimento	15	26,79	9	16,07	14	25,00	67,86	
Não sabe	4	7,14	0	0,00	3	5,36	12,5	
CD deixa tempo suficiente para conversar sobre preocupações								<0,001
Sempre	15	26,79	9	16,07	2	3,57	46,43	
Algumas vezes	1	1,79	1	1,79	0	0,00	3,58	
Não	3	5,36	1	1,79	3	5,36	12,51	
Nunca fui atendido por esse CD	1	1,79	3	5,36	8	14,29	21,44	
Não sabe	4	7,14	0	0,00	5	8,93	16,07	
Participa das atividades de promoção de saúde da UBS								0,143
Sim	17	30,36	7	12,50	9	16,07	58,93	
Não	5	8,93	7	12,50	9	16,07	37,50	
Não sabe	2	3,57	0	0,00	0	0,00	3,57	
Avaliação do acolhimento recebido pela equipe								0,921
Bom	12	21,43	9	16,07	11	19,64	57,14	
Muito bom	4	7,14	3	5,36	3	5,36	17,86	
Regular	4	7,14	2	3,57	3	5,36	16,07	
Muito ruim	1	1,79	0	0,00	0	0,00	1,79	
Não sabe	3	5,36	0	0,00	1	1,79	7,15	
Recebe visita domiciliar do ACS								0,090
Sim	20	35,71	9	16,07	17	30,36	82,14	
Não	4	7,14	5	8,93	1	1,79	17,86	
Total	24	42,86	14	25,00	18	32,14	100	

*Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). **Cirurgião-Dentista. Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

A tabela 5 discorre as questões sobre a saúde bucal dos participantes, na qual fica demonstrado que 28,57% afirmaram ter todas as consultas marcadas até o fim do tratamento odontológico, enquanto 39,29% não. A variável apresentou diferença estatisticamente significativa. Dos entrevistados, 32,15% procuraram atendimento na última vez que tiveram alguma urgência (dor, sangramento, quebra de dente ou outros), e maior percentual relatou que não teve problema bucal de urgência (60,71%). O local onde procurou atendimento para a urgência foi na própria UBS (28,57%). Contudo, somente 14,28% conseguiram ser atendidos na UBS sem consulta marcada.

Ao serem questionados se o CD examinava outras partes do corpo além dos dentes, como pescoço, cabeça, língua e outros, 42,86% responderam que não, seguido por 16,07% sempre e 3,58% às vezes. Para esta variável houve diferença estatisticamente significativa. Além disso, foi perguntado se o problema de saúde bucal que o levou a procurar o atendimento atrapalhava as atividades do seu dia a dia (comer, falar, estudar, dormir, trabalhar etc.),

observando-se que 69,64% responderam que não, e 25,00% sim, desses, 14,29% afirmaram que após o tratamento odontológico estes problemas deixaram de atrapalhar.

Tabela 5 – Questões sobre a saúde bucal dos participantes, de acordo com os distritos da Comunidade Nossa Sra. do Livramento. Manaus-AM, 2024.

	Distrito						Total	p*
	1		2		4			
	n	%	n	%	n	%		
Consulta marcada até o fim do tratamento								0,022
Sim	10	17,86	4	7,14	2	3,57	28,57	
Não	9	16,07	8	14,29	5	8,93	39,29	
Não sabe	5	8,93	2	3,57	11	19,64	32,14	
Procurou atendimento na última urgência bucal								0,173
Sim	7	12,50	8	14,29	3	5,36	32,15	
Não teve urgência	15	26,79	6	10,71	13	23,21	60,71	
Não sabe	2	3,57	0	0,00	2	3,57	7,14	
Local de atendimento da urgência								0,051
Nesta UBS	6	10,71	7	12,50	3	5,36	28,57	
Em outra UBS	1	1,79	1	1,79	0	0,00	3,58	
Não precisou	13	23,21	6	10,71	15	26,79	60,71	
Não sabe	4	7,14	0	0,00	0	0,00	7,14	
Conseguiu ser atendido sem agendamento								0,098
Sim	4	7,14	4	7,14	0	0,00	14,28	
Não	2	3,57	4	7,14	3	5,36	16,07	
Não urgência	15	26,79	6	10,71	13	23,21	60,71	
Não sabe	3	5,36	0	0,00	2	3,57	8,93	
CD** examina outras partes do corpo								0,006
Sempre	3	5,36	4	7,14	2	3,57	16,07	
Às vezes	1	1,79	1	1,79	0	0,00	3,58	
Não	14	25,00	7	12,50	3	5,36	42,86	
Não sabe	6	10,71	2	3,57	13	23,21	37,49	
O problema bucal atrapalhava o dia a dia								0,067
Sim	4	7,14	7	12,50	3	5,36	25,00	
Não	18	32,14	6	10,71	15	26,79	69,64	
Não sabe	2	3,57	1	1,79	0	0,00	5,36	
Após tratamento problema deixou de atrapalhar								0,176
Sim	3	5,36	4	7,14	1	1,79	14,29	
Não	18	32,14	9	16,07	17	30,36	78,57	
Não sabe	3	5,36	1	1,79	0	0,00	7,15	
Total	24	42,86	14	25,00	18	32,14	100	

*Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). **Cirurgião-Dentista. Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

4.2 Qualitativos

A partir da análise das entrevistas realizadas emergiram 4 categorias principais: tempo de espera para atendimento; barreiras no acesso aos serviços odontológicos; satisfação sobre o cuidado odontológico prestado; cuidados e práticas tradicionais em saúde bucal. Dentro das quais, totalizaram-se 12 subcategorias, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias emergentes da análise de conteúdo sobre os cuidados e práticas de saúde bucal

Categoria	Subcategoria
Tempo de espera para atendimento	Espera breve
	Demora na espera
Barreiras ao acesso dos serviços odontológicos	Ausência de orientação profissional clara
	Medo do cirurgião-dentista
	Indisponibilidade do serviço
	Impossibilidade clínica
Satisfação sobre o cuidado odontológico prestado	Satisfação
	Insatisfação
	Satisfação com ressalva
Cuidados e práticas tradicionais em saúde bucal	Uso de saber tradicional para cuidados bucais
	Práticas informais com potencial nocivo à saúde bucal
	Ceticismo quanto às práticas tradicionais/Falta de esclarecimento sobre conduta clínica ideal

Na categoria tempo de espera para atendimento, a maioria dos participantes relatou experiência satisfatória com espera breve, associando a agilidade ao horário de chegada e à ordem de atendimento, como revelam: “Eu acho que não demora muito não, depende de quantas pessoas que vão, né? Então como é por ordem de chegada, se eu for cedo, sou atendida logo, se eu não for cedo demora um pouquinho mais” (CC1) e “faz parte do horário que eu chego lá, se eu chegar lá mais cedo eu sou atendida mais cedo, se eu sou a terceira ou a quarta vou ter que esperar. Mais ou menos meia hora, não demora muito” (DD1).

O fator idade (prioridade) também se mostrou um diferencial, sendo respeitado na unidade: “Não aguardei, pois, tenho a vantagem da idade, por ordem de prioridade” (KK1). Já na subcategoria demora na espera, outras falas evidenciaram a percepção de atrasos no atendimento odontológico, com longas esperas, até permanência de horas aguardando a chegada dos profissionais. “Passa mais de 2 horas sentada ali até... Eles pedem ‘pra’ gente chegar cedo, a gente chega cedo aqui e é atendido 10, 11 horas” (H1).

A espera gera frustração e, em alguns casos, desmotivação para retornar ao serviço, como no relato: “É a mesma coisa, tem vezes que demora tanto que eu venho de lá pra cá”. Pesquisadora pergunta: Até desiste? – “É” (participante ri) (F2). A demora está relacionada a fatores logísticos, como a chegada dos dentistas por barco, e à alta demanda de usuários, como afirma: “Às vezes até umas 10 horas (da manhã), a gente sai daqui às vezes 7 horas. Aí eles custam a chegar que eles vêm de barco, né? Aí eles colocam o nosso nome lá na lista. Mas custa, né? Ainda mais quando tem muita gente ali, a gente fica esperando” (Q1). Houve também relato de quem prefere não aguardar e buscar o atendimento na zona urbana de Manaus, no serviço privado: “Eu sempre vou em Manaus, porque é mais rápido, né? E não precisa ‘tá’ esperando a vez, particular” (O2). As falas demonstram que, embora haja queixas, há variação na percepção conforme a situação individual.

Na categoria barreiras ao acesso dos serviços odontológicos, na subcategoria ausência de orientação profissional clara, os participantes demonstraram desconhecimento sobre a necessidade de acompanhamento odontológico mesmo com o uso de prótese ou na ausência de dentes, como nas respostas: “Não, eu nunca precisei. Por mim, eu não tenho mais dente normal. Só se fosse para fazer alguma coisa no dente” (D1) e “nunca precisei, pois não tenho meus dentes”. Pesquisadora pergunta: Mas alguém chegou a lhe explicar que mesmo quem usa prótese/chapa precisa ir ao dentista? – “Não, nunca me falaram que precisa” (Y1).

Em outra subcategoria, o medo do cirurgião dentista aparece como um fator limitante, especialmente quando associado a experiências traumáticas anteriores. “Eu não, porque eu

nunca senti dor de dente. E eu tenho medo de dentista mesmo, tenho pavor de dentista” (E1). “Traumatizei e nunca mais procurei atendimento” (U2).

Na subcategoria indisponibilidade do serviço, há relatos sobre falhas no funcionamento do serviço, como atrasos de meses, mostrando a fragilidade estrutural e a descontinuidade no acesso: “Esperei alguns meses. É uma queixa que eu tenho... Sempre teve uma questão ‘pra’ não funcionar” (Z1) e “resolvi só em Manaus, porque o equipamento ‘tava’ quebrado” (OO2). Outras falas revelam sobre a questão de o material não estar disponível: “Para mim ele foi boa pessoa. O que deve melhorar eu acho que era o material que ele precisa para trabalhar aí no posto que nunca presta, nunca ‘tá’ bom” (JJ1) e “comigo não, só com meu filho, porque não tinha. Ele foi ‘pra’ Manaus, aí ele pagou particular ‘pra’ arrancar o dente. Ele ‘tava’ sofrendo muito. Ah! (entrevistada lembra outro acontecimento) E meu esposo também foi lá na Compensa (bairro de Manaus). Porque aqui eles estavam sem material para fazer, ‘pra’ arrancar” (L1). Há ainda, falas que revelam que na impossibilidade de receber o atendimento na unidade da comunidade, muitos utilizam os serviços filantrópicos de igrejas que realizam através dos chamados “barcos de missão” os atendimentos: “Da vez que não consegui ser atendido, fui atendido no barco (da missão). Pois é, estou esperando ‘ele’ (o barco) vir para eu levar ‘ela’ (filha). Eles vão ter que ver se recupera ou se tira (o dente)” (L2), “somente no barco da missão num fim de semana, que não tem dentista, pois o dente do meu filho ‘tava’ mole, aí ele fez para mim” (DD1) e “quando eu não consegui ser atendida aqui, eu fui atendida no barco (da missão)” (JJ1). Outros explicam que buscaram atendimento na zona urbana de Manaus: “No dia que precisei não tinha dentista. Fui no particular em Manaus” (MM1) e “consegui resolver tudo. Foi bom, só tipo assim, quando é raio-x, né? Não tem aqui, quando precisa a gente tem que ir para Manaus, mas ele passou o encaminhamento e eu fui fazer em Manaus, né?” (CC1). Outra fala por sua vez, indica que algumas pessoas fazem a busca do atendimento na comunidade, devido a dificuldade de conseguir o atendimento na zona urbana da cidade:

Entrevistadora pergunta - E se precisar (do atendimento) e não tiver aqui como vocês fazem? – Aí é arrumar um dinheiro e ir lá pra Manaus – entrevistado responde e continua o relato - Tem gente que vem de Manaus, aqui do bairro Nova Esperança, Lírio do Vale, vem tudo ser atendido aqui. Porque se for ‘pra’ lá, lá está muito horrível. Aqui é muito fácil, tem gente que acha muito bom aqui (F2).

A subcategoria impossibilidade clínica revela que alguns participantes relataram extrair os próprios dentes ou adiar cuidados por não conseguirem atendimento oportuno, o que levanta preocupações sobre riscos à saúde decorrentes da autointervenção. “Nunca fui aí. Toda vez que amolecia um dente eu mesmo ia lá e tirava eu mesmo. Mas eu tenho que ir colocar a chapa, né? ‘Pra’ dizer que eu nunca fui lá, eu fui uma vez, só que ‘tava’ inflamado e não deu pra tirar”

(W1). Ou ainda, na impossibilidade clínica informada pelo profissional da unidade, buscou por atendimento fora da comunidade, como relata: “quando a gente não consegue o atendimento aqui, né? A gente vai para Manaus. Esse meu dente aqui de cima, né? O dentista daqui não quis arrancar, porque ele ficou com medo da minha diabetes, né? Aí fui fazer uma consulta particular, aí arrancaram o dente” (O1).

Na categoria satisfação sobre o cuidado odontológico prestado, verifica-se que a satisfação está condicionada não apenas ao atendimento individual, mas também às condições estruturais do serviço. A atuação do profissional foi valorizada mesmo diante de limitações materiais. “Dentro do serviço dele ele faz, tem que obturar o dente e não tem material, daí ele faz só a limpeza” (GG2). Participantes relataram experiências positivas com o atendimento odontológico, destacando atenção, educação em saúde (ensinamentos sobre escovação e uso do fio dental), além da distribuição de kits:

O Dr. dentista que eu já fui atendida eu ‘tô’ satisfeita. Além dele fazer limpeza, obturar, ele ensina como usar o fio dental, como escovar. Todos os meus filhos foram atendidos lá. Ele ensinou lá dentro como escovar os dentes, usar o fio dental. Até dá, às vezes quando tem, o creme, fio dental né ‘pra’ gente... O kit. Mas todos os atendimentos dele eu fiquei satisfeita. Tanto meu, como dos meus filhos. Até um filho meu que nasceu com um dente ele fez toda a orientação até cair (DD1).

Foi relatado por um dos participantes que, diante da ausência da oferta de próteses dentárias na Unidade Básica de Saúde (UBS), os pacientes são orientados a procurar atendimento particular diretamente com o mesmo profissional que atua na unidade, em seu consultório privado. Essa prática, segundo o relato, é compreendida pelos usuários como alternativa para a obtenção do serviço, embora implique custos financeiros que limitam o acesso de parte da população:

Sobre os dentes, essas coisas assim... prótese essas coisas aí eles não fazem porque é prefeitura, né? Esse dentista, o Dr., ele faz, mas já é pago, ele tem uma clínica em Manaus. Aí a pessoa acerta com ele, mas é por lá, particular. Agora limpeza, essas coisas tudo ele faz. Pesquisadora pergunta: Então do que você recebeu aqui de atendimento ficou satisfeito? – É. Faltou nada não. (F2)

Na subcategoria insatisfação, outros relataram experiências negativas, desde abordagens agressivas do profissional até a ausência de resolutividade (como extrações não realizadas ou falta de material). Há críticas à infraestrutura e à conduta clínica, gerando insatisfação e evasão. “Eu saí foi com raiva de lá, não consegui resolver. Eu parei tudo porque aí nesse posto a gente chega e dá o nome, a gente marca, quando chega lá vão botando outro na frente. A gente sai quase meio-dia de lá” (HH1). Outro afirma “não fui atendido porque sempre era uma máquina que não estava funcionando. Saí insatisfeito porque não resolvi, tive que ir ‘pra’ Manaus” (OO2). Outra participante da pesquisa descreve ainda:

Mana, eu não gosto daquele dentista não, falo logo. Ele é muito assim... Ele não tem aquela... Ele é todo bruto o jeito dele. Fui levar a minha filha 'pra' arrancar o dente e o dente dela 'tava' mole e aí do nada ele pegou o dente da menina porque ela começou a chorar. Daí eu disse: não, dentista, não é assim que a gente arranca dente não. Pensa que a menina ficou traumatizada, 'tá'? Pergunta dela se ela quer arrancar dente... (Participante simula a fala): "Vou te levar lá no dentista do Dr." e ela diz: não, mamãe, pelo amor de Deus. (H1)

Noutra subcategoria, satisfação com ressalva, um dos participantes demonstrou frustração com o dentista da unidade, ao relatar que este se recusou a realizar a extração do dente de sua filha, apesar da queixa de dor. Embora a conduta profissional estivesse alinhada com os princípios da odontologia conservadora, que preconiza a preservação dos dentes sempre que possível, a explicação dada pelo dentista não foi bem aceita pelo entrevistado:

Bem... Às vezes que eu fui atendido pelo E., que sempre foi ele que me atendeu eu fui sempre atendido bem, né? Ele... assim... conversava na questão de continuar com o tratamento 'pra' não perder dente, né? Não posso dizer que foi ruim não... Foi 'bom' a consulta com ele. Pesquisadora pergunta: Teria alguma coisa para melhorar? - Não, se caso na UBS, né? Teria que melhorar essa questão aí de pessoas que vão com essas necessidades de atendimento que não tem, que é no caso da extração, né? Realmente é o que eles não 'tavam' fazendo. Principalmente esse outro (dentista) que tinha. No caso da minha filha ele disse que se ele fosse tirar aquele dente dela era como se ele 'tivesse' amputando um dedo da mão dela e aí até hoje ela 'tá' com o dedo e o dente cariado aí doendo (participante gargalha). Então esse caso aí eu acho que ele teria que rever, já que ele 'tá' lá e ele é dentista, e a necessidade dela era uma extração, ele teria que fazer, não ficar com conversa fiada e deixar ela com dor como 'tá' até hoje. (L2)

Algumas falas expressam reconhecimento ao bom atendimento, mas com ressalvas importantes quanto à estrutura do serviço, falta de materiais e insuficiência de profissionais. Há valorização dos dentistas, mas crítica ao sistema. "Satisfeita, mas eles tinham que melhorar mais, né? Vir mais 2 ou 3 dentistas 'pra' cá, porque é muita gente 'pra' atender, né? Aí só um (dentista) não supre a necessidade das pessoas" (F1) e "da parte deles nota mil, agora da parte do posto nem todas as coisas eles têm. Falta muita coisa ali. O bom atendimento deles sim, de se preocupar, de ensinar, mas dentro da prefeitura não. Por exemplo: ah, hoje não tem material... hoje não tem anestesia. E a demora de espera, né? Demora muito também" (GG1). Nesta subcategoria, houve ainda, relato de que se priorizam vagas para usuários de comunidades vizinhas: "Algum ponto (precisa melhorar), é o caso do agendamento. Se tivesse um número de agendamento (vagas) dentro da comunidade. Às vezes é agendado muito para as outras comunidades. Mas, quando 'tava' funcionando eles atendiam bem" (O1).

Na quarta categoria, cuidados e práticas tradicionais, observou-se que os saberes tradicionais convivem com a ausência ou falha da assistência formal. Na subcategoria uso de saber tradicional para cuidados bucais vários participantes relataram o uso de plantas medicinais e receitas caseiras (como jambu, pinhão-branco, chá de casca de caju, entre outros) para aliviar dores ou inflamações dentárias. Tais práticas fazem parte do repertório cultural e substituem o atendimento odontológico quando este é inacessível.

Participante da pesquisa relata para dor “pião (pinhão-branco, *Jatropha curcas*). Leite de ‘pião’, né? É bom ‘pra’ dor de dente também. Eu prefiro usar de que ir ao dentista. Quando dá uma afta, alguma coisa. Só isso” (E1). Outra afirma para inflamação “eu pegava o ‘coisa do pião’, né? E lavava a boca ‘pra’ ir desinflamando.” Pesquisadora pergunta: E a senhora lembra se chegou a melhorar quando usou? – “Sim, melhorou” (J1). Ainda quanto ao cuidado para inflamação, substituindo-se a busca por atendimento na unidade: “Algumas vezes a gente usou remédio caseiro, né? Porque eu não quis ir lá mesmo, né? É... Quando o dente ‘tava’ inchado ‘pro’ meu filho a gente fez chá de casca de caju. Melhorou, desinchou” (O1).

Na mesma subcategoria, para limpeza bucal também foi destacado em falas dos participantes: “Já, quando eu ‘tava’ no interior. Chá de Jambu (*Pilanthus acmella*) para limpeza dos dentes” (Y1). Como anestésico ou analgésico, indicou “bochecho de casca de mangaba (*Hancornia speciosa*) e cravinho no algodão para adormecer o dente” (AA1). Afirmou outra “sara-tudo (*Justicia calycina*) para bochecho. Limão sempre uso diariamente ou vinagre para bochecho. Copaíba (*Opaiфера langsdorffii*) quando eu vejo que o dente está com muito problema” (KK1).

Contudo, noutra subcategoria, foram descritas condutas perigosas, como o uso de água sanitária, cinzas, pimenta e extração dentária caseira. Essas práticas revelam improvisos motivados pela ausência de atendimento ou por crenças transmitidas entre gerações: “Às vezes quando eu morava no Pará ainda, né? E doía meus dentes eu colocava pimenta. Bochechada de água quente. Eu tinha que fazer porque a mamãe mandava” (U1). “Cinza de fogão e água para ferver com sal e fazer bochechada e aliviar a dor” (U2). Além de práticas com maior potencial nocivo à saúde bucal, como nos dois relatos:

O meu filho ‘tava’ com dor de dente, né? Sabe o que ele colocou na boca dele? Ele colocou água sanitária, só de dor... Aí colocou água sanitária que nem dipirona passava. Sempre ele ‘tá’ colocando. Eu disse (simula ela): Deixa começar o posto aí pra ti terminar. Pesquisadora pergunta: Ele ainda está sentindo dor? – ‘Tá’, ele ‘tá’ com dente inflamado e assim mesmo ele foi (trabalhar). É que ‘pra’ gente lá na cidade no posto não tem vaga, aí deixa aprontarem o posto médico daqui. Eu digo ‘não coloca água sanitária na tua boca’. Já ficou o tronco (raiz) do dente dele branco e a água sanitária deu um alívio. (Q1)

Para isso daqui eu usei a água quente, com o cotonete. Mas eu ainda não estava por aqui, esse já faz tempo aí, em 90, foi 2001 que arranquei isso daqui. Fora da comunidade. Tive uma dor e aí eu coloquei água para ferver, que eu sou meio (participante interrompe fala e ri)... Aí peguei o cotonete e esquentei, né? Aí com dois dias ele já estava mole e eu arranquei. Arrancou com toda a obturação, arranquei o dente... Eu falo assim para muita gente, não vai falar minhas medicinas assim... Isso daí já veio dos meus avós. Porque eu tinha um médico (dentista), né? Aí sempre a gente conversava muito com ele na Redenção (bairro de Manaus), aí ele me mostrava, ele me chamava de carequinha: Carequinha, olha aqui, que parece um fio de linha, bem fininha, quando você tira uma perna, aquele vai inflamando, né? Aquela perninha fina, aquele vai ficando vermelho, só ele tirava que ele era dentista, e curava meu dente. (B1)

A última subcategoria encontrada, transparece a descrença por práticas alternativas de prevenção e tratamento, revelando também uma lacuna na educação em saúde bucal, pois revela que há certa naturalização da extração dentária como “única solução”, além de falta de orientação sobre os cuidados necessários com o uso de próteses, como responde: “Não. Remédio é extrair logo o dente. Remédio... Depois vai doer de novo” (C1), ou “aqui em casa não. Agora ‘tá’ difícil essas coisas, ninguém nem usa mais remédio natural” (F2), e “não, nunca usei não. Quando eu sentia que o bicho ia doer já ia logo ‘pra’ mandar arrancar. Pesquisadora perguntou: E alguma vez chegaram a lhe falar que mesmo usando a chapa/peça/prótese o senhor também precisava ir ao dentista? - Não, nunca me falaram” (D1).

5 DISCUSSÃO

A investigação realizada na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento evidenciou um cenário de vulnerabilidade social e desigualdade no acesso à saúde bucal, marcado por determinantes geográficos, socioeconômicos e culturais. A população estudada apresentou predominância de idosos, baixo nível de escolaridade e renda familiar limitada, com forte dependência de programas de assistência governamental. As condições de moradia, embora em sua maioria próprias, revelaram fragilidades estruturais, especialmente quanto ao acesso à água potável e saneamento. O deslocamento até a Unidade Básica de Saúde foi impactado pelas variações sazonais do rio, agravando barreiras de acesso, somadas à limitação de horários e ao sistema de agendamento por ordem de chegada. A relação profissional-usuário mostrou-se enfraquecida pela falta de escuta qualificada, restrição do cuidado às queixas imediatas e escassez de recursos humanos e materiais. A análise qualitativa apontou quatro categorias centrais: tempo de espera, barreiras de acesso, satisfação com o cuidado e práticas tradicionais de saúde bucal.

Na presente pesquisa, o estudo quantitativo, conduzido com 56 moradores de 41 famílias, destacou um cenário de complexidade no acesso e no cuidado em saúde bucal, fortemente influenciado por determinantes sociais, geográficos e culturais. Dentre os achados, revelou uma população majoritariamente idosa (46,43%). Esse mesmo panorama é observado em outros países, como na China, de 2003 a 2020, onde a proporção de idosos (≥ 65 anos de idade) aumentou de 7,0% para 18,4% nas áreas rurais pesquisadas (GAO et al., 2024). De mesmo modo, outro estudo que usou uma retrospectiva de 30 anos de dados dos Arquivos de Recursos de Saúde por Área, aponta que os condados rurais continham 14% da população total e 17% de idosos (≥ 65 anos de idade) em 2020, sendo que de 1990 a 2020 a população dessa faixa etária aumentou em toda a continuidade rural e urbana (BAMBURY et al., 2025).

Estudos realizados em países latino-americanos argumentam sobre a saída dos jovens por falta de oportunidades, o que reestrutura a pirâmide etária, afirmando ser também uma combinação da migração juvenil campo-cidade, somada à queda da fecundidade e maior longevidade (ARROYAVE; LAISECA; GÓMEZ, 2024; LAZOS-CHAVERO; JIMÉNEZ-MORENO, 2022). Uma possível explicação para essa ocorrência na comunidade de Livramento, pode ser o fato de esta pertencer a uma reserva de desenvolvimento sustentável, da qual devido às regras estabelecidas para exploração dos recursos naturais, impõe limitações à existência dessa população, quanto ao plantio, pesca e posse de suas terras. Além disso, Nossa

Senhora do Livramento, conta somente com uma escola de ensino fundamental e por sua proximidade com a zona urbana de Manaus, pode-se indicar também a migração dos jovens.

Igualmente, estudos têm demonstrado um novo panorama para a população rural brasileira, onde observamos, assim como na presente pesquisa, uma prevalência de indivíduos idosos. Em contrapartida, os idosos das zonas urbanas têm optado por passar seus anos de aposentadoria nos ambientes rurais, além do que as populações rurais têm envelhecido conforme a tendência das pessoas viverem mais, um decurso muitas vezes da melhor qualidade de vida (CERICATO et al., 2021; FARRIGAN et al., 2024; MAIA; BUAINAIN, 2015).

Noutra pesquisa realizada na comunidade Nossa Senhora do Livramento, os autores demonstram como é uma realidade local a migração de determinados residentes temporários, em casas ditas como de veraneio na comunidade, relatando:

Por ocasião da pesquisa, foram observados alguns poucos imóveis fechados, conservados, com características de casas de veraneio, o que, posteriormente foi confirmado junto a alguns comunitários que os referidos imóveis pertenciam a pessoas por eles denominadas de “povos urbanos” que se dirigiam àquela localidade somente nos finais de semana e feriados (FILHO; FRAXE, 2022, p. 12)

Outro achado foi o baixo nível de escolaridade (maior percentual possuía o ensino fundamental incompleto, representando 39,29% dos entrevistados), sendo uma possível justificativa para esta prevalência, a ausência de escolas de ensino médio e centros de ensino superior na comunidade, variável que pode estar relacionada também ao acesso dessa população aos serviços de saúde. Num estudo realizado em 38 localidades rurais ribeirinhas da margem esquerda do Rio Negro, em Manaus-Amazonas, o uso dos serviços odontológicos foi mais frequente entre aqueles com um nível maior de educação, sendo associado a uma melhor compreensão das consequências dos hábitos em saúde, bem como à busca pelos serviços (CORDEIRO et al., 2024).

Uma revisão sistemática com metanálise demonstrou como fatores associados ao uso do serviços odontológicos no Brasil o maior nível de escolaridade, correspondendo a 08 anos ou mais de estudo (RP= 0,49, (IC95%: 0,39-0,60)), além de maior renda familiar, equivalendo a 02 ou mais salários mínimos (RP= 0,79, (IC95%: 0,74-0,84)) (TEIXEIRA et al., 2023). No estudo realizado com os dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 no Brasil, demonstrou que há uma correlação entre a capacidade financeira e a superação das barreiras de acesso aos serviços de saúde odontológicos (quanto maior o poder aquisitivo, maiores as chances de utilização dos serviços) (HERKRATH; VETTORE; WERNECK, 2020).

Na presente pesquisa, observamos que Livramento está inserida em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Dos participantes, 46,34% apresentavam renda familiar

mensal entre R\$1000 e R\$2000, com predomínio do recebimento de auxílios governamentais (73,17%), como o Bolsa Família (34,15%). Noutra pesquisa realizada em 2019 com comunidades rurais ribeirinhas da margem esquerda do Rio Negro, Nossa Senhora de Fátima e Nossa Senhora do Livramento, constatou-se a importância dos programas governamentais para reduzir a vulnerabilidade familiar, evidenciando ainda a implicação positiva nos resultados da saúde bucal dos indivíduos investigados, dos quais identificou-se menor perda de elementos dentários para aqueles que possuíam o programa Bolsa Família e aqueles com maior renda familiar (SOUZA et al., 2022).

Enfatiza-se assim, como os auxílios governamentais complementam a renda, assegurando que as famílias com melhores recursos financeiros sejam capazes de garantir segurança alimentar, educação e saúde, ademais conseguindo superar a baixa disponibilidade e outras barreiras de acesso aos serviços. Contudo, dada a alta taxa de pobreza na região Norte do Brasil, esse recebimento pode ser considerado insuficiente para grande parte das pessoas.

Ainda com relação ao acesso aos serviços odontológicos, identificaram-se importantes obstáculos. Houve variação significativa no tempo de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde (UBS) entre os períodos de cheia e vazante, o que demonstra parte dos desafios enfrentados por esta população quanto ao acesso propriamente dito aos serviços de saúde: Durante a seca esse tempo aumenta substancialmente, dificultando a assistência contínua, especialmente no distrito 4. Na cheia, maior percentual afirmou levar menos de 10 minutos para chegar à unidade (distrito 1 – 37,5%; distrito 2 – 10,71%; distrito 4 – 30,36%). Ao passo que, no distrito 4, onde o acesso dá-se principalmente por via fluvial, seus residentes relataram que esse tempo passa a ser de 40 a 60 minutos (17,86%). Os dados demonstram como a sazonalidade dos rios é fator importante a ser considerado quanto ao planejamento e gestão do fazer saúde com comunidades ribeirinhas.

De mesmo modo, um estudo realizado nos municípios rurais remotos do oeste do Pará, Brasil, aponta que os usuários que residem na sede relatam pouca dificuldade quanto à distância e deslocamento, levando em média 10 a 15 minutos para chegar à unidade de saúde, contudo, dependendo da época o deslocamento à unidade mais próxima pode variar até três vezes mais (LIMA et al., 2022). Em outra pesquisa realizada no município de Maués-AM, relata-se que o trajeto percorrido da zona rural à sede, que se dá somente por via fluvial, a distância varia de 03 a 18 horas de viagem (SILVA; FAUSTO; GONÇALVES, 2023).

Ainda há escassez na literatura quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, especialmente em saúde bucal, na área rural da Amazônia Legal (GARNELO et al., 2018). A literatura disponível traz a ruralidade amazônica com singularidades que podem inferir

desigualdades entre as zonas urbanas e rurais. Diz-se que a geografia local carrega consigo impactos sociais e econômicos que influenciam o acesso aos serviços de saúde. Em se tratando de comunidades ribeirinhas especificamente, os rios podem ser considerados como barreiras que dificultam a mobilidade das pessoas, oferecendo grandes distâncias entre as unidades de saúde e residências, além disso o tempo de viagem varia conforme sua cheia e vazante (CORDEIRO et al., 2024; FAUSTO et al., 2022; GARNELO et al., 2018, 2020).

Na cheia, a navegação e trafegabilidade são melhoradas. Esse ciclo também pode ocasionar a migração das famílias nas áreas que ficam inundadas. Na fase da vazante (seca), restringem-se as opções de embarcações e o deslocamento sofre dificuldades. Em época de seca, o isolamento das comunidades ribeirinhas pode ser comum (FAUSTO et al., 2022). Outro ponto importante de ser levantado é que na Amazônia as distâncias geralmente são medidas pelo tempo de viagem e não por quilometragem, podendo variar conforme a via de acesso (SILVA; FAUSTO; GONÇALVES, 2023).

O “território líquido” é marcado pelos ciclos das águas que, por sua vez, assume papel fundamental nos modos de vida da população, além dos processos de trabalho e serviços de saúde, subsidiando assim um olhar diferenciado para essa população, pois conhecer este território é pressuposto para o planejamento em saúde (LIMA et al., 2021). O termo usado como categoria analítica, trata não só dos rios e sua acessibilidade, mas para além, a relação com as pessoas, lugares e suas tradições culturais (MARTINS et al., 2022; MOREIRA et al., 2025). Como afirma também:

O rio é via de transporte e comunicação, é “terra” de moradia, é palco da cultura, é fonte de alimento e cultivo. Território líquido é uma categoria analítica que tem auxiliado na discussão sobre políticas públicas que promovam inclusão e direitos sociais à população ribeirinha, respeitando uma territorialidade que surge na/da relação das populações com as águas. O adjetivo líquido tem a ver com a materialidade da vida das pessoas e como as águas interferem nisso, mas também está relacionado com os aspectos abstratos e simbólicos que fazem parte de suas vidas. (EL KADRI; SCHWEICKARDT; FREITAS, 2022, p. 11).

Esse território líquido é central também na presente pesquisa, especialmente quando tratamos do tempo de deslocamento. Devemos levar em consideração a sazonalidade dos rios, os tipos de embarcações, bem como a quantidade de pessoas e objetos carregados. Quanto ao menor uso dos serviços de saúde bucal por populações ribeirinhas, aponta-se sobre a baixa disponibilidade, ou mesmo a ausência de serviços permanentes nas comunidades, bem como o custo financeiro demandado para o transporte (SOUZA et al., 2022).

Conhecendo a realidade inerente à ruralidade amazônica, torna-se imprescindível elaborar o planejamento em saúde, com fluxogramas de atendimentos que levem em consideração as potencialidades e desafios deste território, adaptados a esta população, tendo

em vista que a dinâmica das águas é um processo natural do local, que implica nos âmbitos sanitários, de habitação, alimentação, e principalmente no acesso (ALMEIDA et al., 2022; DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

Quando analisamos a água, sendo esta um direito inerente ao ser humano, precisamos também reconhecer que há uma singularidade na cultura e no modo de vida nas comunidades rurais. A água não é somente um bem material para beber e promover a higiene pessoal e do lar, mas para além, garante a produção e soberania alimentar dessas populações em suas atividades e práticas de trabalho (ARMAH et al., 2018; HALL; VAN KOPPEN; VAN HOUWELING, 2014). Na presente pesquisa, 87,80% dos comunitários são dependentes de soluções como poços artesianos, 70,73% complementam o tratamento da água para consumo com hipoclorito, contudo, ainda há um percentual da comunidade que a consome sem qualquer tratamento, sendo 4,88% no distrito 1 e 12,20% no distrito 4, onde 10,71% dos entrevistados afirmou ter como ocupação a agricultura.

Cenário igualmente encontrado no estudo realizado em assentamento na região do Vale do Rio Doce, onde os autores afirmaram a importância da água no cultivo e uso de plantas medicinais, prática que é herança tradicional da comunidade, revelando a identidade dessa população muito atrelada à natureza para comercialização e consumo próprio. Relata-se que ainda assim, as famílias que residem nas zonas rurais têm em média 29% menos chances de ter o acesso garantido a fontes de águas adequadas quando comparadas às das zonas urbanas (NEVES-SILVA; LOPES; HELLER, 2020).

É importante destacar que, no contexto rural, predominam soluções descentralizadas usuais de abastecimento (poços/nascentes) e de esgotamento (fossas sépticas), compatíveis com o contexto territorial e a cobertura de serviços, conforme diretrizes de adequação socioterritorial e evidências nacionais e internacionais (CASTRO; CEREZINI, 2023; ROSA; TEIXEIRA; HORA, 2023; WHO, 2023).

Outro estudo com microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017 e 2018, identificou que na área rural há um maior percentual de famílias possuindo acesso à água por meio de poço raso (40,8%) e esgoto com fossa não ligada à rede (83,1%) (RIBEIRO et al., 2025). Semelhante a este estudo, na comunidade de Livramento, maior percentual dos entrevistados (95,12%) afirmou possuir fossas sépticas. Novamente este dado nos leva a reflexão sobre como apesar da existência de políticas e programas a nível global e nacional, bem como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 6, a oferta universal de direito à água e saneamento básico ainda enfrentam grandes desafios, por vezes, relacionados ao baixo

financiamento do Estado para as periferias e zonas rurais (ROSA et al., 2021; SALLES-COSTA et al., 2022; TRIVELLATO et al., 2019).

Quanto ao horário de funcionamento da UBS, embora a maioria dos participantes relatasse conseguir receber o atendimento, o sistema de agendamento por ordem de chegada e a limitação de horário foram percebidos como inadequados por parte expressiva da comunidade, especialmente no distrito central. No distrito 1 (sede da comunidade), 19,64% dos entrevistados afirmam não ter suas necessidades supridas com o horário habitual de funcionamento da unidade, seguido de 10,71% no distrito 2, e 3,57% no distrito 4. A sugestão de horário de interesse para funcionamento da UBS foi de 24 horas ou até às 18 horas (mesmo percentual, 14,29%), no distrito 1. Nos demais distritos, maior percentual dos entrevistados não apresentou sugestão alternativa para o horário de funcionamento.

Três estudos, igualmente constataram menor satisfação com a equipe de saúde bucal para aqueles usuários que o horário de funcionamento da unidade não atendia às suas necessidades, especialmente para aqueles que moravam mais distante das unidades. Os autores apontam que o horário de atendimento das equipes de saúde deve prever o planejamento da gestão municipal, levando em consideração que os usuários exercem suas funções laborais durante o dia, assim, muitas vezes, não conseguindo utilizar os serviços de saúde se o horário não atender a essa necessidade, sustentando recomendações de ampliação para o horário de funcionamento (CASTRO et al., 2024; FREIRE et al., 2021; BRETZ et al., 2024). A indisponibilidade do serviço resulta num acesso que não é efetivo e em território ribeirinho, a dimensão do tempo torna-se ainda mais crítica, pois a janela de funcionamento precisa dialogar com a sazonalidade e condições de deslocamento locais.

Divergindo da presente pesquisa, outros dois estudos baseados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) demonstraram que os usuários referiram em sua maioria que o horário de funcionamento do serviço de saúde atende às suas necessidades (CANTALINO et al., 2021; SOUSA; SHIMIZU, 2021). Similar a estes, um terceiro estudo, com dados do PMAQ, de 2013-2014, apresentou que 83,7% dos usuários responderam que o horário de funcionamento dos serviços odontológicos atendia às suas necessidades (PIRES et al., 2020). Uma hipótese para essa divergência do resultado obtido em Livramento, é o fato desses estudos não especificarem as localidades dos dados analisados, se urbana ou rural, pois a organização do trabalho e horário podem variar. Observamos que em Livramento, relatou-se a necessidade de funcionamento para horário estendido, em vista dos residentes se sentirem desamparados na ausência dos profissionais de saúde em caso de qualquer urgência fora do horário de funcionamento da unidade, especialmente à noite e em

época de seca, nas quais o deslocamento para obter o atendimento na zona urbana de Manaus torna-se mais difícil.

Quanto à marcação de consulta, nos distritos 1 e 2 (21,43% e 23,21%, respectivamente) expõe ir até a unidade agendar as consultas. Já no distrito 4, 19,64% afirmam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o faz. Esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa entre os distritos, demonstrando o papel fundamental do agente como um facilitador nesse processo, sobretudo no distrito 4 cuja distância e acesso são mais dificultados.

O agente comunitário de saúde, enquanto residente da comunidade onde atua, tem crucial importância na articulação entre as equipes e usuários do serviço de saúde. Um estudo realizado em comunidade quilombola e ribeirinha do Baixo Rio Amazonas, demonstrou que o ACS faz além do que o Ministério da Saúde preconiza, pois dialoga também com os saberes e práticas inerentes àquela comunidade (LIMA et al., 2021; SOUZA et al., 2022).

O ACS possui o conhecimento sobre as questões próprias à comunidade ribeirinha, ele vive o papel conjunto de trabalhador, comunitário e usuário, de modo tal que essas vivências sob o seu olhar são fundamentais na melhoria das estratégias voltadas a essa população. No que concerne à micropolítica do cuidado em saúde, o ACS é tido como rede viva, ultrapassando as condutas das redes formais, mas sem omitir a resolutividade e continuidade do cuidado, conforme as relações e dinâmica de vida dessa localidade. Diz-se que esses profissionais muitas vezes são o socorro necessário nessas comunidades, especialmente quando o atendimento não está presente (ALMEIDA et al., 2022).

Os entrevistados na presente pesquisa, avaliaram a forma de marcação de consulta relatada como “boa” (na ordem de distritos investigados: 25,00%, 12,50% e 23,21%), bem como revelaram que as consultas são realizadas por ordem de chegada. De mesmo modo, o estudo realizado com dados do PMAQ-AB, demonstrou que os usuários consideram “boa” ou “muito boa” a qualidade do atendimento quando não apresenta horário agendado (demanda espontânea) (CANTALINO et al., 2021). Ainda da organização da agenda da equipe de saúde bucal, noutro estudo com dados do PMAQ-AB, indicou que 48,1% dos profissionais afirmam agendar consultas odontológicas em qualquer dia da semana e qualquer horário, e 84,1% agendam consulta de retorno, garantindo a continuidade do cuidado (PIRES et al., 2020).

Contudo, notou-se pelas falas dos participantes como os profissionais da unidade, por vezes, acabam dando prioridade a alguns grupos, como aqueles usuários que se deslocam de outra comunidade, que por sua vez, não possui unidade de saúde em sua localidade, sendo este um dos fatores apontados nesta pesquisa para espera em iniciar o atendimento com o dentista,

como revela “[...] se tivesse um número de agendamento (vagas) dentro da comunidade. Às vezes é agendado muito para as outras comunidades [...]” (O1).

Um estudo de casos múltiplos, realizado em 7 municípios rurais remotos do cluster “Norte Águas”, revelou que a questão de população adscrita não costuma funcionar nos interiores, passando os usuários a serem vinculados às equipes de saúde da sede municipal. Nestes casos, há uma priorização desses usuários rurais e menor rigidez com os horários programados, para garantir e viabilizar o acesso a essa população (FAUSTO et al., 2022).

Outro fator apontado para o tempo de espera foi relativo ao tempo de viagem da equipe de saúde, que todos os dias se desloca da zona urbana de Manaus até a comunidade. Os participantes desta pesquisa fizeram o relato, demonstrando ser ponto de compreensão e não necessariamente insatisfação, como na fala “[...] meia hora que fico esperando, porque é o tempo dos médicos chegarem [...]” (L1). Um estudo que abordou a realidade da atenção básica de alguns municípios amazonenses, destacou que um fator a ser analisado é o tempo de deslocamento das equipes, de modo a necessariamente ser incorporado ao processo de trabalho, especialmente em se tratando dos fluxos e território amazônico (LIMA et al., 2021).

Os dados de Livramento indicam ainda uma frágil relação entre profissionais e usuários no que tange à integralidade do cuidado. Muitos participantes relataram que o cirurgião-dentista (CD) não abordava questões de saúde além das queixas bucais imediatas (39,28%), e que a escuta qualificada, essencial para o vínculo terapêutico, nem sempre era assegurada (12,51%). Ao serem questionados se o CD examinava outras partes do corpo além dos dentes (pescoço, cabeça, língua e outros), 42,86% responderam que não. Sobre o atendimento de urgência, 28,57% buscaram a UBS, porém somente 14,28% conseguiram ser atendidos sem consulta marcada, além de maior percentual (39,29%) afirmar sair da consulta sem o retorno agendado para continuidade do tratamento. Em contrapartida, muitos foram os relatos sobre a satisfação com o atendimento recebido pelo cirurgião-dentista da unidade, sendo 03 pontos levantados para tal avaliação: conseguir receber o atendimento, a distribuição dos kits de higiene pelo profissional e a realização de palestras de educação em saúde.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o atendimento integral em saúde bucal requer que o cirurgião-dentista organize seu processo de trabalho, articulando ações clínicas, preventivas, educativas e de vigilância, com coordenação do cuidado na rede. Isso implica no acolhimento da demanda espontânea com escuta qualificada, manejo de urgências durante o turno, consultas programadas e procedimentos clínicos compatíveis com a Carteira de Serviços (restaurações, cuidados periodontais, endodônticos e cirúrgicos quando indicados), além de aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, orientação sobre higiene e uso/manutenção de

próteses, atividades coletivas nos territórios (escolas, grupos), visitas domiciliares (CUNHA et al., 2020; BRASIL, 2019). A dimensão educativa, quando orientada por princípios da educação popular (diálogo, construção compartilhada de saberes), qualifica a integralidade ao integrar clínica e promoção da saúde no cotidiano da UBS (AMARANTE; FORTE; NUTE, 2024). Avaliações recentes dos atributos da APS em saúde bucal sugerem bom desempenho da integralidade, ao passo que o acesso de primeiro contato permanece um desafio organizacional, o que reforça a necessidade de ajustar horários, acolhimento e fluxos para atingir a integralidade prevista nas diretrizes (AMORIM; LEITE, 2024).

Por outro lado, sabe-se que a elevada demanda por atendimentos odontológicos na APS, tende a organizar a oferta segundo a “queixa imediata” do usuário (geralmente dor e urgência), com predomínio de intervenções curativas, o que repercute na resolutividade do cuidado. Numa revisão integrativa sobre integralidade em saúde bucal na APS, os autores descrevem que a pressão assistencial e a existência de demanda reprimida reforçam um modelo centrado no alívio do sintoma, dificultando a reorientação do processo de trabalho para práticas mais abrangentes e contínuas, articuladas ao território e à educação em saúde (LEAL-JÚNIOR et al., 2021).

A ausência de profissionais e de materiais odontológicos também foi mencionada nas falas dos participantes desta pesquisa, comprometendo a resolutividade dos atendimentos. O mesmo fora identificado num estudo qualitativo, onde observou-se que a escassez de materiais e insumos inviabilizava a realização dos procedimentos, ampliando filas e dificultando a conclusão dos tratamentos (OLIVEIRA et al., 2022). Outros estudos, relataram que o quantitativo insuficiente de profissionais, deficiência na manutenção de equipamentos, ausência de veículos e problemas estruturais na UBS, são elementos que deterioram a qualidade e limitam a resolução das demandas necessárias, com repercussões negativas na continuidade do cuidado (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020; SCHERER et al., 2024).

Ademais, uma avaliação que utilizou dados do PMAQ-AB demonstrou desigualdades regionais e condições estruturais problemáticas nos consultórios, além de baixa oferta de referência especializada, quadro associado a maior frequência de procedimentos de caráter mutilador (como a extração dentária) e a uma menor capacidade resolutiva da rede (GONÇALVES et al., 2020). Esses achados convergem com os resultados desta pesquisa ao evidenciar que a ausência e/ou insuficiência de profissionais, materiais e estrutura compromete o desfecho clínico e a integralidade do cuidado na atenção básica, e como observado, influenciam na cognição quanto à categoria de satisfação/insatisfação dos entrevistados.

Na indisponibilidade do serviço na unidade, os participantes desta pesquisa afirmaram contar como alternativa com o atendimento filantrópico que as igrejas oferecem à comunidade através dos chamados “barcos de missão”. Outro estudo local também relata “[...] Se tiver sorte, um barco filantrópico poderia oferecer cuidados médicos e odontológicos mínimos, caso contrário, ‘se a doença fosse uma assassina, eu teria morrido’ (usuário do serviço)” (GARNELO et al., 2020, p. 12).

Ainda quanto às barreiras ao acesso aos serviços odontológicos, aponta-se a falta de informação de alguns usuários quanto à necessidade de uso dos serviços de saúde, especialmente pela população idosa, que em sua maioria edêntula, tem a concepção de que não precisa ir ao dentista. De mesmo modo, duas revisões sobre barreiras e facilitadores de acesso de idosos, identificaram a recorrente falta de percepção da necessidade de consultas odontológicas por idosos desdentados (BEAVEN; MARSHMAN, 2021; JANTO et al., 2022). Em contrapartida, um estudo com idosos no sul do Brasil, demonstrou que possuir dentes está associado ao uso regular dos serviços (SILVA et al., 2018). O que reafirma que, faz-se necessário divulgar através da educação em saúde, a necessidade de todos buscarem atendimento para acompanhamento, que muito pode evitar a perda dos elementos dentários com a prevenção, ou mesmo quando a perda dentária ocorrer, realizar a reabilitação e/ou manutenção da saúde bucal.

Preconiza-se a preservação dos elementos dentários sempre que possível, todavia, existiram relatos na presente pesquisa que revelaram frustração com a explicação dada pelo dentista a esse respeito, gerando insatisfação por não realizar a extração em dente que era possível tratar e manter. Essas evidências ajudam a contextualizar os resultados onde a desinformação e a crença de “não precisar”, se combinam às barreiras de acesso, produzindo uma subutilização do cuidado odontológico.

O medo do dentista também apareceu como uma barreira consistente à busca por cuidado e à adesão ao tratamento, as experiências prévias negativas antecipam a concepção de dor. Dois estudos transversais, sendo um realizado com adultos na Alemanha e outro no país insular de Bahrein, demonstraram que níveis mais elevados de ansiedade estão associados ao comportamento de adiamento ou mesmo evitação de consultas odontológicas, o que repercute em rotinas inapropriadas de autocuidado, além de atraso na resolução das condições bucais (WINKLER et al., 2023; SIVARAMAKRISHNAN et al., 2022). À luz desses achados, os relatos de usuários que adiam ou rejeitam procedimentos por medo, dialogam com a literatura, indicando a necessidade de abordagens acolhedoras de manejo da ansiedade, visando reduzir os impactos dessa barreira.

Em alguns casos, fora relatado sobre a impossibilidade clínica de receber o atendimento, a qual retrata falas em que os participantes declaram que foram orientados a postergar a intervenção odontológica até a estabilização de condições sistêmica, como o caso da diabetes e hipertensão arterial não controladas. Na prática da UBS, a aferição dos sinais vitais e a avaliação de riscos, bem como a articulação com a rede de atenção são fundamentais para garantir a segurança clínica, sem perder a continuidade do cuidado. Duas revisões de literatura disponíveis acerca desta temática, convergem ao indicar que, diante dos parâmetros fora de controle, o procedimento eletivo deve ser adiado e o usuário encaminhado ao médico, podendo retornar aos cuidados odontológicos conforme o controle desses agravos (GHIMIRE et al., 2022; SOUZA; PEREIRA; MEIRA, 2021).

Por fim, outro achado relevante diz respeito às práticas de autocuidado (tradicional e outras com potencial nocivo à saúde). Identificaram-se diversas estratégias populares utilizadas pelos moradores para aliviar sintomas odontológicos, como uso de plantas medicinais, chás, limão, água com sal, jambu, entre outros. Algumas dessas práticas, ainda que enraizadas culturalmente, representavam riscos à saúde, como o uso de água sanitária e extrações caseiras. Aponta-se para a necessidade de ações educativas mais efetivas e culturalmente sensíveis.

De acordo com relatos a comunidade destacou o uso tópico do látex e de extratos do pinhão-branco, evidenciando sua indicação especialmente como cicatrizante. No contexto etnobotânico, pesquisas realizadas no Brasil identificaram o pinhão-branco como *Jatropha curcas*, com aplicação tradicional do látex como agente cicatrizante em áreas rurais. Essa associação entre nomenclatura popular e classificação científica contribui para a validação dos dados de campo (GALVÃO-NETO et al., 2021).

Ensaio laboratoriais *in vitro* demonstraram suas propriedades antimicrobianas, antioxidantes e cicatrizantes, sendo o látex eficaz contra microrganismos envolvidos em infecções cutâneas e lesões, o que fortalece a justificativa para seu uso popular no tratamento de feridas e em condições menores relacionadas à saúde bucal (TINPUN et al., 2020; KAMARUDDIN et al., 2024; RAHU et al., 2021). Além disso, extratos obtidos das folhas da planta, ricos em flavonoides, demonstraram efeito antioxidante e protetor em sistemas experimentais com camundongos expostos à radiação, ampliando o leque de atividades terapêuticas atribuídas à espécie de *J. curcas* (LI; HE; HE, 2024).

Tais evidências convergem com observações empíricas feitas na presente pesquisa, sugerindo que práticas tradicionais envolvendo *J. curcas* podem representar alternativas viáveis de cuidado que substituem ou andam em paralelo com as práticas formais, desde que sejam orientadas adequadamente quanto ao preparo, posologia e forma de aplicação.

Esses achados dialogam diretamente com a literatura recente, que evidencia a persistência dessas práticas em contextos de vulnerabilidade e de difícil acesso a serviços odontológicos. Estudos apontam o uso frequente de preparações caseiras e fitoterápicas para o manejo de queixas bucais, sobretudo em formas tópicas como bochechos, gargarejos, compressas ou mastigação de partes vegetais, estratégias aplicadas em casos de dor de dente, aftas, gengivites, entre outras condições (FOLÁYAN et al., 2024; NAJEM et al., 2020).

Uma revisão recente revelou que, das espécies mais citadas no contexto amazônico destaca-se o jambu (*Acmella oleracea*), conhecido também como *toothache plant*. Seu uso tradicional para alívio imediato da odontalgia, por meio da mastigação de flores e folhas, que provoca uma sensação anestésica na mucosa oral (SATAPATHY et al., 2025). Essa informação corrobora com os relatos coletados durante o trabalho de campo, onde o jambu apareceu como um dos recursos mais acessíveis e populares entre os participantes. Essa sobreposição entre o saber local e a literatura científica sugere uma potente valorização e integração de tais práticas no cuidado profissional, desde que devidamente orientadas.

Outro estudo aponta que, além do jambu, espécies como *Aloe vera* têm sido descritas como adjuvantes no tratamento de condições inflamatórias, como gengivites e periodontites. Embora reforce que essas práticas não substituem a terapia clínica convencional, apontam-se evidências promissoras de efeitos anti-inflamatórios e cicatrizantes, desde que utilizadas como parte de um cuidado complementar e seguro (RANI; SINGLA; NARWAL, 2022). Em consonância, pesquisa etnobotânica realizada no Brasil, revela um uso amplo de plantas medicinais para queixas bucais, refletindo uma lógica de cuidado enraizada no cotidiano popular e sustentada pela ampla disponibilidade desses recursos (SANTOS et al., 2009).

Outro aspecto relevante diz respeito à transmissão intergeracional dos conhecimentos sobre o uso das plantas. Estudos realizados em territórios amazônicos apontam que essas práticas resistem às mudanças socioculturais, sendo passadas entre gerações por meio oral e da vivência prática (LANDI et al., 2022). Em contextos como o da comunidade de Livramento, marcados pela sazonalidade dos rios e pela intermitência do cuidado profissional, as soluções caseiras permanecem como alternativas legítimas, acessíveis e eficazes para muitos moradores.

No entanto, é preciso reconhecer os riscos associados a esse tipo de prática. Outro levantamento etnobotânico alerta para o uso de espécies com potencial de toxicidade ou com formas de preparo inadequadas para a cavidade bucal, o que pode gerar efeitos adversos (NAJEM et al., 2020). Esse cuidado é especialmente necessário no campo subjetivo desta pesquisa, onde observou-se que práticas eficazes convivem com outras ditas como tradicionais, mas que na verdade apresentam potenciais riscos, como o uso de substâncias abrasivas ou

químicas sem indicação odontológica, como o uso de água sanitária, cinzas, ou mesmo a automutilação através da extração dentária caseira, por exemplo. Isso reforça a importância de ações de educação em saúde culturalmente sensíveis.

Na literatura também encontramos alguns achados de práticas culturais que podem resultar em lesões orais ou mesmo mutilações. Entre os exemplos estão o uso de sal grosso como enxaguante, podendo causar queimaduras químicas, e procedimentos tradicionais como tatuagem gengival e uvulectomia (AL-TURCK et al., 2021). De mesmo modo, um estudo transversal realizado na região sul da Etiópia, identificou registros de procedimentos realizados por curandeiros envolvendo a remoção de dentes decíduos, frequentemente sem o uso de anestesia ou medidas de assepsia, sendo essa prática considerada prejudicial e associada a complicações tanto imediatas quanto de longo prazo em crianças (OTAYTO et al., 2022).

Outro estudo realizado com adolescentes do norte da Tanzânia, revelou que a extração de incisivos inferiores apresenta prevalência significativa, sendo esta considerada uma prática tradicional nesta população, o que traz prejuízos nas funções orais cotidianas, evidenciando os efeitos deletérios de tal prática (SIMANGWA et al., 2024). Revisões de literatura descrevem comportamento tradicional de mascar noz de areca, muitas vezes em forma de uma mistura usada como estimulante. Esses estudos indicam que o costume está associado à fibrose da mucosa oral e ao câncer bucal, pois devido aos mecanismos tóxicos, como o estresse oxidativo e lesões no DNA, efeitos bucais sistêmicos podem ocorrer (HUANG et al., 2024; WARNAKULASURIYA; CHEN, 2022).

Em uma revisão integrativa, a bucalidade é proposta como uma abordagem decolonial que compreende a boca como um espaço de experiências e subjetividades, alinhando-se aos princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade. Essa perspectiva oferece subsídios para repensar práticas clínicas e organizacionais no campo odontológico (SPIGER; SILVA; CARCERERI, 2024). Em outro estudo qualitativo com dentistas atuantes na rede pública, a incorporação da bucalidade ao exercício clínico desloca a atenção da lesão para o sujeito, ressaltando o papel dos determinantes sociais na vivência da saúde bucal. Esse movimento aproxima a atuação profissional dos princípios da clínica ampliada (FONSÊCA; BOTAZZO, 2023).

De forma complementar, uma reflexão teórica sobre o cuidado em saúde bucal questiona a centralidade da técnica biomédica e propõe compreender o cuidado como dimensão da compreensão do ser, apontando para práticas mais centradas na pessoa e nos encontros que constituem o processo de cuidar (COUTO; BOTAZZO, 2022). Nesse contexto, compreender a bucalidade como eixo integrador das dimensões biológica, subjetiva, cultural e social do

cuidado possibilita a valorização e o diálogo crítico com saberes e práticas tradicionais, desde que sejam seguras e significativas culturalmente, favorecendo sua articulação com a clínica ampliada e com as diretrizes de integralidade no SUS.

Apesar do rigor metodológico adotado, esta pesquisa apresenta algumas limitações. Dificuldades de acesso a alguns distritos impuseram um viés geográfico, e parte dos dados dependeu da memória dos participantes, podendo comprometer a precisão das informações. Ainda assim, buscou-se minimizar esses efeitos com triangulação metodológica, presença em campo e cuidado ético na condução da pesquisa.

Os achados desta pesquisa revelam que o cuidado em saúde bucal recebido na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento é atravessado por múltiplas dimensões, sendo elas sociais, territoriais, culturais e históricas, desafiando os modelos tradicionais de atenção e exigindo abordagens sensíveis às especificidades do território amazônico. A convivência entre práticas populares e o cuidado profissional, os limites impostos pela geografia e sazonalidade dos rios, bem como a presença de saberes tradicionais enraizados na experiência comunitária, apontam para a necessidade de políticas públicas integrativas, que reconheçam a complexidade local e fortaleçam a equidade no acesso aos serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação permitiu compreender que o cuidado em saúde bucal na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento é profundamente influenciado por fatores históricos, sociais, territoriais e culturais que moldam o cotidiano de seus moradores. Apesar da presença da equipe de saúde bucal vinculada à atenção primária, persistem desafios estruturais, como as dificuldades de deslocamento, a sazonalidade dos rios, a limitação de recursos, a intermitência dos serviços e a baixa resolutividade de atendimentos, especialmente em períodos de vazante.

Contudo, mesmo diante desse cenário de vulnerabilidade, observou-se um movimento de resistência e valorização do cuidado por parte da comunidade. Há uma articulação entre os saberes tradicionais e os conhecimentos técnicos, resultando em práticas de cuidado que expressam o entrelaçamento entre cultura, território e saúde. O reconhecimento do valor simbólico da boca, conforme o conceito de bucalidade, torna-se essencial para uma atenção que transcenda o modelo biomédico e acolha o sujeito de forma integral.

Os resultados desta pesquisa reforçam a urgência de políticas públicas que não apenas ampliem o acesso aos serviços de saúde bucal, mas que o façam de maneira sensível às especificidades do território líquido amazônico. Isso implica considerar os ciclos das águas, a diversidade cultural, as formas de vida locais e os modos próprios de organização social como elementos indissociáveis da oferta de cuidado. Políticas desenhadas a partir de uma lógica homogênea e centralizada tendem a reproduzir a invisibilidade dessas populações.

Portanto, é necessário reafirmar que promover saúde bucal em contextos ribeirinhos exige muito mais que equipes mínimas ou estruturas físicas: exige presença contínua, escuta ativa, valorização dos saberes populares e compromisso político com a equidade. O cuidado, nesse sentido, precisa ser compreendido como uma construção coletiva, situada e relacional.

Espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento de práticas mais humanizadas e territorializadas de atenção à saúde bucal, subsidiando gestores, profissionais e pesquisadores na formulação de estratégias condizentes com a complexidade da realidade amazônica e, sobretudo, com o direito à saúde de seus povos.

REFERÊNCIAS

- AKINLOTAN, M.; KHODAKARAMI, N.; PRIMM, K.; BOLIN, J.; FERDINAND, A. O. **Travel for medical or dental care by race/ethnicity and rurality in the U.S.: Findings from the 2001, 2009 and 2017 National Household Travel Surveys**. *Preventive Medicine Reports*, v. 35, p. 102297, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102297>>.
- ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49559>>.
- ALMEIDA, V. F.; SCHWEICKARDT, J. C.; REIS, A. E. S.; VIEIRA MOURA, G. P. S. **Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 26, p. e210769, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210769>>.
- AL-TURCK, L.; WALTER, C.; MEILLON, B.; LEE, S.; SAMAMA, B. **Cultural and personal practices with unusual oral findings: three case reports and a literature review**. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, v. 13, p. 117–124, 2021. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/cultural-and-personal-practices-with-unusual-oral-findings-three-case--peer-reviewed-fulltext-article-CCIDE>>.
- AMARANTE, L. F.; FORTE, F. D. S.; NUTO, S. A. S. **Educação Popular na saúde bucal: análise de práticas educativas na Atenção Primária**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, e34086, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434086pt>>.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado do Meio Ambiente. **Unidade Conservação do Estado do Amazonas**. Amazonas: SEMA, 2024.
- AMORIM, S. M.; LEITE, I. C. G. **Avaliação da integralidade e do acesso de primeiro contato em saúde bucal na Atenção Primária, sob a perspectiva de cirurgiões-dentistas**. *HU Revista*, v. 49, p. 1-12, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1982-8047.2023.v49.41310>>.
- ARAÚJO, J. P.; LOBO, L. C.; SOUZA, R. C. B.; MONTEIRO, A. X.; MELO, G. Z. S.; MACHADO, R. C. F. **Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica**. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 13, n. 84, p. 12220–12235, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i84p12220-12235>>.
- ARMAH, F. A.; EKUMAH, B.; YAWSON, D. O.; ODOI, J. O.; AFITIRI, A. R.; NYIEKU, F. E. **Access to improved water and sanitation in sub-Saharan Africa in a quarter century**. *Heliyon*, [s. l.], v. 4, n. 11, p. e00931, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00931>>.
- ARROYAVE, E. A. M.; LAISECA, A. M. F.; GÓMEZ, J. A. G. **Población rural y desarrollo en América Latina: análisis de las transformaciones demográficas**. *Revista Venezolana de*

Gerencia, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 872–890, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.52080/rvgluz.29.e12.1>>.

BAMBURY, E. A.; MERDJANOFF, A. A.; FERGEN, J. T.; MUELLER, J. T. **Exploring access to critical health services for older adults in rural America from 1990 to 2020**. *The Journal of Rural Health*, [s. l.], v. 41, n. 1, p. e70004, 2025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jrh.70004>>.

BARNETT, T.; HOANG, H.; STUART, J.; CROCOMBE, L. **The relationship of primary care providers to dental practitioners in rural and remote Australia**. *BMC Health Services Research*, v. 17, p. 515-527, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2473-z>>.

BEAVEN, A.; MARSHMAN, Z. **Barriers and facilitators to accessing oral healthcare for older people in the UK: a scoping review**. *British Dental Journal*, [s. l.], p. 1–7, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41415-024-7740-x>>.

BORGES, H. S.; SILVA, C. A.; MULLER, R. V. **Política da Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Tupé, no Amazonas, e as educações no contexto Amazônico**. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 16, n. esp. 2, p. 1253-1266, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.21723/riace.v16iesp2.15124>>.

BOTAZZO, C. **Bucalidade**. *ProOdonto-Prevenção*, v. 6, n. 4, p. 9-55, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277708914_Bucalidade>.

BOTAZZO, C. **Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>>.

BRASIL. Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/d6040.htm>.

BRASIL. Lei n.º 9.985, de 18 de julho de 2000. **Institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza - SNUC e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2000.

BRASIL. Lei Federal n.º 14.572, de 8 de maio de 2023. **Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14572.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3o Ciclo**, 2017 [site da internet]. [acessado 2021 outubro 19]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, Floresta e águas (CFA) e Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL (Org.). **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1a edição, 1a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRETZ, Y. P. M.; DE PAULA, J. S.; GONÇALO-MIALHE, C.; MIALHE, F. L. **Satisfação dos usuários atendidos na Atenção Básica em Saúde e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Cadernos Saúde Coletiva, [s. l.], v. 32, p. e32020018, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020018>>.

CANTALINO, J. L. R.; SCHERER, M. D. A.; SORATTO, J.; SCHÄFER, A. A.; ANJOS, D. S. O. **Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista de Saúde Pública, [s. l.], v. 55, p. 22, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>>.

CASTRO, C. M.; QUEIROZ, R. C. S.; THOMAZ, É. B. A. F.; TONELLO, A. S. **Satisfação dos usuários e fatores associados com as equipes de saúde bucal**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [s. l.], v. 24, n. 8, p. e14745, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e14745.2024>>.

CASTRO, C. N.; CEREZINI, M. T. **Saneamento rural no Brasil: a universalização é possível?** Rio de Janeiro: Ipea, 2023. 66 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11979/1/TD_2875_web.pdf>.

CERICATO, G. O.; AGOSTINI, B. A.; COSTA, F. S.; THOMSON, W. M.; DEMARCO, F. F. **Rural-urban differences in oral health among older people in Southern Brazil**. Brazilian Oral Research, [s. l.], v. 35, p. e135, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0135>>.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L. **Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, p. 1791–1803, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº. 001, de 01 de fevereiro de 2024**. Recomenda a alteração da Portaria nº. 2.436/2017, para inclusão dos profissionais de saúde bucal na equipe mínima de saúde da família entre outras medidas correlatas.

CORDEIRO, D.; HERKRATH, F. J.; GUEDES, A. C.; GARNELO, L.; HERKRATH, A. P. **Utilization of dental services by rural riverside populations covered by a Fluvial Family Health Team in Brazil.** *Rural and Remote Health*, [s. l.], 2024. Disponível em: <<https://www.rrh.org.au/journal/article/8258>>.

COSTA JUNIOR, S.; ARAUJO, P. G.; FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N. **Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal.** *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 105, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003454>>.

COUTO, J. G. A.; BOTAZZO, C. **"Prefiro mexer no coração a mexer na boca": reflexões sobre o cuidado em saúde bucal.** *Saúde e Sociedade*, v. 31, n.2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210709pt>>.

CROCOMBE, L.; CHRISOPOULOS, S.; KAPELLAS, K.; BRENNAN, D.; LUZZI, L.; KHAN, S. **Access to dental care barriers and poor clinical oral health in Australian regional populations.** *Australian Dental Journal*, v. 67, n. 4, p. 344–351, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/adj.12930>>.

CUNHA, C. R. H.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; D'ÁVILA, O. P.; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; FALLER, L. A. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1313-1326, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>>.

DANDE, R.; GONE, H. P.; SAIKRISHNA, H.; SAYINI, A. R. R.; MALGARI, S. T. R.; PARAMKUSHAM, V. **Attitudes and Practices of Dental Students in Providing Oral Health-Care Services to Underserved Rural Patients Attending Dental Institutions of Telangana, India.** *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, v. 11, n. Suppl 1, p. S36–S41, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_215_18>.

DOLZANE, R. D. S.; SCHWEICKARDT, J. C. **Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00288120, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>>.

EL KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; FREITAS, C. M. **Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 26, p. e220056, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.220056>>.

FARRIGAN, T.; GENETIN, B.; SANDERS, A.; PENDER, J.; THOMAS, K. L.; WINKLER, R. L.; CROMARTIE, J. **Rural America at a glance: 2024 edition** (Report No. EIB-282) U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. Disponível em: <<https://doi.org/10.32747/2024.8722498.ers>>.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SANTOS, A. M.; SEIDL, H.; MENDONÇA, M. H. M.; CABRAL, L. M. S.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 32, n.1, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>>.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; LIMA, J. G.; CABRAL, L. M. S.; SEIDL, H. **Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1605–1618, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>>.

FERREIRA, L. S.; MOREIRA, L. R.; PALUDO, S. S.; MEUCCI, R. D. **Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n.149, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>>.

FIGUEIREDO JUNIOR, A. M.; LIMA, G. L. O. G.; VILELA, K. A. D.; COSTA, E. C.; SANTOS, M. L. C.; FREITAS, M. C. N.; SOUSA, Y. M.; FERREIRA, F. C.; SANTOS, C. B.; CALANDRINI, C. O. **O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas.** *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reac.e4680.2020>>.

FOLÁYAN, M. O.; OLAGUNJU, M. T.; ABODUNRIN, O. R.; ALADE, O. T. **A scoping review on the use of traditional medicine and oral health in Africa.** *PLOS ONE*, v. 19, n. 5, e0297570, 2024. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0297570>>.

FONSECA, G. S.; BOTAZZO, C. **A clínica em odontologia: nexos e desconexões com a clínica ampliada de saúde bucal.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e200277pt, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/003142980>>.

FREIRE, D. E. W. G.; FREIRE, A. R.; LUCENA, E. H. G. D.; CAVALCANTI, Y. W. **Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. e2020444, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000300016>>.

FUSCO, L. A.; UCHIDA, N. S.; HIGASI, M. S.; KASAI, M. L. H. I.; JÚNIOR, H. L. L.; UCHIDA, T. H. **Práticas adotadas pelas equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura.** *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 2, p. 666–683, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i1.2023-009>>.

GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, A. C. O.; MORAIS, H. G. F.; RONCALLI, A. G. **Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, p. 2437–2448, 27 maio 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17352021>>.

GALVÃO-NETO, M.; VILLAS-BÔAS, G. K.; MACHADO, M.; SILVA, M. F. O.; BOSCOLO, O. H. **Ethnobotany applied to the selection of medicinal plants for agroecological crops in rural communities in the Southern End of Bahia, Brazil.** *Revista Fitos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 40–57, 2021. Disponível em: <<https://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/1091>>.

GAO, M.; JIANG, F.; WANG, J.; WU, B. **Population ageing and income inequality in rural China: an 18-year analysis.** *Humanities and Social Sciences Communications*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1605, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1057/s41599-024-04110-1>>.

GAO, S. S.; YON, M. J. Y.; CHEN, K. J.; DUANGTHIP, D.; LO, E. C. M.; CHU, C. H. **Utilization of a Mobile Dental Vehicle for Oral Healthcare in Rural Areas**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 7, p. 1234, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph16071234>>.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 81–99, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>.

GARNELO, L.; PARENTE, R. C. P.; PUCHIARELLI, M. L. R.; CORREIA, P. C.; TORRES, M. V.; HERKRATH, F. J. **Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon**. *International Journal for Equity in Health*, v. 19, n. 1, p. 54, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>>.

GHIMIRE, P.; SUWAL, P.; BASNET, B. B. **Management of Medically Compromised Prosthodontic Patients**. *International Journal of Dentistry*, [s. l.], v. 2022, p. 7510578, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2022/7510578>>.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26, p. 254-2556, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>.

GOMES, D.; ZOBOLI, E.; FINKLER, M. **Validação de inventário de problemas éticos para a saúde bucal**. *Revista Bioética*, v. 28, p. 730–739, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284437>>.

GONÇALVES, A. J. G.; PEREIRA, P. H. S.; MONTEIRO, V.; SILVA-JUNIOR, M. F.; BALDANI, M. H. **Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 725–738, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012610>>.

GONÇALVES, R. M.; DOMINGOS, I. M. **População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde**. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito*, v. 11, n.1, 99-108, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4013/rechtd.2019.111.06>>.

GRACIANO, M. I. G. **Estudo socioeconômico: um instrumento técnico-operativo**. Anais Bauru: Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/directbitstream/60d533e6-fbb8-42a4-965d-b1733ac5376a/2422790.PDF>>.

GRACIANO, M. I. G.; LEHFELD, N. A. S. **Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea**. *Serviço Social e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 157–186, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/sss.v9i1.8634873>>.

HALL, R. P.; VAN KOPPEN, B.; VAN HOUWELING, E. **The Human Right to Water: The Importance of Domestic and Productive Water Rights**. *Science and Engineering Ethics*, [s.

l.], v. 20, n. 4, p. 849–868, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11948-013-9499-3>>.

HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. **Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model.** BMC Public Health, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 953, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09100-x>>.

HUANG, G. F.; ZENG, D.; LIANG, T.; LIU, Y.; CUI, F.; ZHAO, H.; LU, W. **Recent advance on biological activity and toxicity of arecoline in edible *Areca* (betel) nut: a review.** Foods, v. 13, n. 23, p. 3825, 2024. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2304-8158/13/23/3825>>.

JANTO, M.; IURCOV, R.; DAINA, C. M.; NECULOIU, D. C.; VENTER, A. C.; BADAU, D.; COTOVANU, A.; NEGRAU, M.; SUTEU, C. L.; SABAU, M.; DAINA, L. G. **Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review.** Journal of Personalized Medicine, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 372, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/jpm12030372>>.

KAMARUDDIN, A.; HARUN W. H. A. W.; BAKRI, M. M.; ABIDIN, S. A. Z.; GIRIBABU, N.; RAHMAN, S. N. S. A. R. **Phytochemical profile and antimicrobial activity of *Jatropha curcas* extracts against oral microorganisms.** Heliyon, v. 10, n. 17, e33422, 2024. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11401117/>>.

LANDI, B. O.; IGÍDIO, C. E. D.; LUCENA, B. D. P.; FERRAZ, M. I. F.; TEIXEIRA, G. B.; CONCEIÇÃO, A. O. **Medicinal plants in oral health and the intergenerational transfer of knowledge: Resilience to cocoa culture in southern Bahia.** Journal of Medicinal Plants Research, v. 16, n. 5, p. 165–173, 2022. Disponível em: <<https://academicjournals.org/journal/JMPR/article-full-text/4C3116469163>>.

LAZOS-CHAVERO, E.; JIMÉNEZ-MORENO, M. **Vulnerabilidades rurales a partir del envejecimiento entre nahuas del sur de Veracruz.** Trace, [s. l.], n. 81, p. 132–161, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.22134/trace.81.2022.803>>.

LEAL-JÚNIOR, F. J.; LEAL, M. G. A.; SILVA, J. W. M.; SOUZA, A. R. S.; VIANA, M. C. A.; PINHEIRO, W. R. **Integralidade em saúde bucal na Atenção Primária à saúde: uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, [s. l.], v. 10, n. 11, p. e311101119529–e311101119529, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19529>>.

LI, Q.; HE, D.; HE, Y. **Study on the protective effect of flavonoids extracted from *Jatropha curcas* leaves against radiation damage in mice.** Heliyon, v. 10, n. 21, e39403, 2024. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11539256/>>.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; MEDINA, M. G. **Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará.** Trabalho, Educação e Saúde, [s. l.], v. 20, p. e00616190, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>>.

LIMA, R. T. S.; FERNANDES, T. G.; MARTINS JÚNIOR, P. J. A.; PORTELA, C. S.; SANTOS JUNIOR, J. D. O.; SCHWEICKARDT, J. C. **Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas**. *Ciência e Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, p. 2053–2064, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>>.

MAIA, A. G.; BUAINAIN, A. M. **O novo mapa da população rural brasileira**. *Confins. Revue franco-brésilienne de géographie / Revista franco-brasileira de geografia*, [s. l.], n. 25, 2015. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/confins/10548>>.

MANAUS, Lei n.º 671, de 04 de novembro de 2002. **Regulamenta o Plano Diretor Urbano e Ambiental, estabelece diretrizes para o desenvolvimento da Cidade de Manaus e dá outras providências relativas ao planejamento e à gestão do território do Município**. Manaus, AM: Prefeito Municipal de Manaus, 2002. Disponível em: <https://www.mpam.mp.br/images/attachments/article/4841/LEI_671_DE_04_11_2002.pdf>.

MANAUS, Decreto n.º 8.044, de 25 de agosto de 2005. **Cria a Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé (REDES do Tupé), localizada na Bacia do Rio Negro e dá outras providências**. Manaus, AM: Prefeito Municipal de Manaus, 2005. Disponível em: <<https://www.manaus.am.gov.br/semmas/wp-content/uploads/sites/26/2023/07/dom20051313cad1-Criacao-da-Reserva.pdf>>.

MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, K. H.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; MOREIRA, M. A.; MEDEIROS, J. S. **Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 26, p. e210361, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210361>>.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. D.; OLIVEIRA, J. R. D.; ANDRADE, G. C. L. D. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>>.

MORAIS, H. G. F.; BARROS, J. M.; SILVA, W. R.; SANTOS, A. A.; GALVÃO, M. H. R. **SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO DE 1950 A 2019**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 181–196, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n1.a3177>>.

MOREIRA, M. A.; MARTINS, F. M.; ALVES, V. C. M.; LIMA, G. A.; MEDEIROS, J. S.; SCHWEICKARDT, J. C. **A produção da saúde no território líquido amazônico: reflexões sobre as UBS Fluviais ao longo dos primeiros 10 anos**. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 34, p. e20240703, 2025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020240703pt>>.

MULLER, R. V.; BORGES, H. S.; MOURÃO, A. R. B.; SILVA, C. A. S.; SOUZA, E. S. **Políticas públicas para o desenvolvimento regional sustentável e preservação ambiental no contexto amazônico: Um enfoque na RDS do Tupé no Amazonas**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, p. e45110817506–e45110817506, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17506>>.

- NAJEM, M.; HAROUAK, H.; IBIJBIJEN, J.; NASSIRI, L. **Oral disorders and ethnobotanical treatments: a field study in the central Middle Atlas (Morocco)**. *Heliyon*, v. 6, n. 8, e04707, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32885072/>>.
- NEVES-SILVA, P.; LOPES, J. A. O.; HELLER, L. **The right to water: Impact on the quality of life of rural workers in a settlement of the Landless Workers Movement, Brazil**. *PLoS ONE*, [s. l.], v. 15, n. 7, p. e0236281, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236281>>.
- NORTE-FILHO, A. F.; FRAXE, T. J. P. **Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé - Amazonas: aspectos socioambientais sobre a comunidade Nossa Senhora do Livramento**. *Research, Society and Development*, v. 11, n.8, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31593>>.
- NORTHRIDGE, M. E.; KUMAR, A.; KAUR, R. **Disparities in Access to Oral Health Care**. *Annual Review of Public Health*, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 513–535, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>>.
- OLIVEIRA, M. T. P.; FARIAS, M. R.; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. **Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, p. e320106, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>>.
- OTAYTO, K.; GODANA, W.; FELEKE, T.; HUSSEN, S.; ALEMU, M. **Prevalence of milk teeth extraction and enabling community factors among under five-year-old children in Alle Special Woreda, SNNPR, Ethiopia, 2022: community-based cross-sectional study; based on Theory of Planned Behavior model**. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, v. 13, p. 257–269, 2022. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9255413/>>.
- PINHEIRO, E. L.; VASCONCELOS, M.; GOMES, V. E.; MATTOS, F. F.; ANDRADE, C. P. S.; AMARAL, J. H. L. **Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 28, p. 1139–1150, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.12502022>>.
- PIRES, F. S.; FONSÊCA, G. S.; SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. **A clínica e a saúde bucal no SUS: inovar e (re)construir percursos de cuidado**. *Revista da ABENO*, v. 22, n. 2, p. 1725–1736, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1725>>.
- PIRES, H. F.; LIMÃO, N. P.; PROTASIO, A. P. L.; VALENÇA, A. M. G. **Fatores associados à satisfação dos usuários com a atenção à saúde bucal na Paraíba, 2014**. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 44, p. 451–464, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012513>>.
- QI, X.; QU, X.; WU, B. **Urban-Rural Disparities in Dental Services Utilization Among Adults in China's Megacities**. *Frontiers in Oral Health*, v. 2, p. 673296, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/froh.2021.673296>>.
- RABELLO, R. E. D.; MONTEIRO, A. X.; LEMOS, S. M.; TEIXEIRA, E.; HONORATO, E. J. S. **Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura**. *Revista de APS*, v. 24, p. 219-235, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34937>. Acesso em: 2 dez. 2023>.

RAHU, M. I.; NAQVI, S. H. A.; MEMON, N. H.; IDREES, M.; KANDHRO, F.; PATHAN, N. L.; SARKER, M. N. I.; BHUTTO, M. A. **Determination of antimicrobial and phytochemical compounds of *Jatropha curcas* plant.** Saudi Journal of Biological Sciences, v. 28, n. 5, p. 2867–2876, 2021. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8116963/>>.

RANI, N.; SINGLA, R. K.; NARWAL, S. **Medicinal plants used as an alternative to treat gingivitis and periodontitis.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2022, Art. 2327641. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10630018/>>.

REIS, M. H. S.; PORTUGAL, J. K. A.; CAMPOS, G. L.; PEREIRA, V. S.; PINHEIRO JUNIOR, J. C. F.; GERMANO, S. N. F.; SOUZA, T. T. G.; BARÃO, E. J. S.; FREIRE, N. M.; REIS, Y. S. **Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n.11, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e9273.2021>>.

RIBEIRO, E. C. S. A.; RODRIGUES, A. V. A.; GHIGGINO, L. T.; CÂMARA, J. H. R.; DA COSTA, R. S.; FERREIRA, A. A. **Insegurança alimentar, meio ambiente e habitabilidade em domicílios situados nas áreas urbana e rural no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 40, n. 12, p. e00089424, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT089424>>.

RODRIGUES, K. V.; ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. **Informal and popular healthcare subsystems in a remote rural municipality in the Brazilian Amazon region.** Rural and Remote Health. v. 21, n.6568, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22605/RRH6568>>.

ROSA, B. B.; DE MELLO, D. C.; RESENDE, E. S.; BADEM, I. F.; MORON, M. E.; VERI, N. C. K.; CATALAN, D. T. **Evolução do saneamento básico e a sua relação com a saúde pública.** Journal of the Health Sciences Institute. 2021, v. 39, n. 1, p. 33-41. Disponível em: <https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/78543/06V39_n1_2021_p33a41.pdf>

ROSA, M. N.; TEIXEIRA, D.; HORA, K. E. R. **Ações participativas em saneamento rural: bases conceituais e diretrizes metodológicas.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 2, e201040pt, 2023. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2023.v32n2/e201040pt/>>.

SALLES-COSTA, R.; FERREIRA, A. A.; MATTOS, R. A.; REICHENHEIM, M. E.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; BEM-LIGNANI, J.; SEGALL-CORRÊA, A. M. **National Trends and Disparities in Severe Food Insecurity in Brazil between 2004 and 2018.** Current Developments in Nutrition, [s. l.], v. 6, n. 4, p. nzac034, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/cdn/nzac034>>.

SANTOS, A. A. M. T.; MESQUITA, M. O.; ARRUDA, C. A. M.; GERHARDT, T. E. **O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.** In: Marilise Oliveira Mesquita; Deise Lisboa Riquinho; Tatiana Engel Gehrardt; Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz. (Org.). Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural. 1ed. Porto Alegre: UFRGS, v. 1, p. 161-180, 2018.

SANTOS, E. B.; DANTAS, G. S.; SANTOS, H. B.; DINIZ, M. F. F. M.; SAMPAIO, F. **C. Estudo etnobotânico de plantas medicinais para problemas bucais no município de João Pessoa, Brasil.** Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 19, n. 1B, p. 321–324, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbfar/a/4w5KkyHZsvtcZFn9CCpyGfd/>>.

SANTOS, L. P. S.; LIMA, A. M. F. S.; CHAVES, S. C. L.; VILELA, D. M. O. C.; VALENTE, A. P. P. C.; ROSSI, T. R. A. **Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 28, p. 1575–1587, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14002022>>.

SATAPATHY, S. S.; BHUYAN, R.; PRADHAN, A. K.; PANDA, N. R.; BHUYAN, S. K. **Toothache plant: a comprehensive review focusing on its applications in dental health.** Journal of Herbmmed Pharmacology, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2025. Disponível em: <<https://www.herbmmedpharmacol.com/Article/jhp-51533>>.

SCHERER, M. D. A.; FORTE, E.; ABREU, B. F.; AGUIAR, R. S.; SANTOS, E. M.; XAVIER, M. F.; POÇAS, K.C. **Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 2, e8643, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28643P>>.

SCHROEDER, F. M. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; MEUCCI, R. D. **Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva. [s. l.], v. 25, p. 2093–2102, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25422018>>.

SCHWEIKARDT, J. C.; SOARES, E. P.; GUEDES, T. R. O. D. N.; REIS, A. E. S.; HAURADO, G. R.; FREITAS, J. M. B. Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In: SOARES, E. P.; SCHWEIKARDT, J. C.; GUEDES, T. R. O. D. N.; REIS, A. E. S.; FREITAS, J. M. B (Org). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM.** Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 8-19. DOI 10.18310/9786587180496. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/a-arte-do-cuidado-em-saude-no-territorio-liquido-conhecimentos-compartilhados-no-baixo-rio-amazonas-am/>>. Acesso em: 4 jan. 2024>.

SEMMAS. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Sustentabilidade. **Plano de Gestão da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé.** Amazonas: Volume I – Diagnóstico, 2016.

SHRIVASTAVA, R.; POWER, F.; TANWIR, F.; FEINE, J.; EMAMI, E. **University-based initiatives towards better access to oral health care for rural and remote populations: A scoping review.** PLOS ONE, v. 14, n. 5, p. e0217658, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217658>>.

SILVA, A. E. R.; ECHEVERRIA, M. S.; CUSTÓDIO, N. B.; CASCAES, A. M.; CAMARGO, M. B. J.; LANGLOIS, C. O. **Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos.** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 23, p. 4269–4276, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.30562016>>.

SILVA, A. J. B.; MIRANDA, I. P. A. **Formação populacional e econômica da reserva de desenvolvimento sustentável do Tupé na comunidade Nossa Senhora do Livramento –**

Manaus/AM. Research, Society and Development, v. 11, n. 11, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33809>>.

SILVA, A. J. B.; MIRANDA, I. P. A. **Formas de desenvolvimento socioeconômico na comunidade de nossa senhora do livramento da RDS do tupé: uma análise preliminar da inserção política ambiental e social em unidade de conservação e uso sustentável do amazonas**. International Journal of Development Research, p. 49841–49847, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37118/ijdr.22626.08.2021>>.

SILVA, A. J. B.; SOUZA, M. C. S. A. Gestão de água e saneamento básico em uma reserva de desenvolvimento sustentável: Comunidade de Nossa Senhora do Livramento do Tupé (AM). In: SILVEIRA, J. H. P. (Org.). **Meio Ambiente, Sustentabilidade e Tecnologia - Volume 16**. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2023. p. 93-102. DOI 10.36229/978-65-5866-312-6. Disponível em: <<http://www.poisson.com.br/livros/ambiente/mst/volume16/MST16.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2024>.

SILVA, A. M.; FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. **Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019**. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00163722, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163722>>.

SILVA, M. P.; MARCELINO, R. S.; GUIMARÃES, A. F.; SILVA, S. F.; REIS, M. H. S.; PORTUGAL, J. K. A.; LIMA, P. A. V.; GAMA, A. S. M. **Plantas medicinais entre Agentes Comunitários de Saúde Ribeirinhos: conhecimento, uso, forma de preparação e indicação**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e78314, 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/78314>>.

SIMANGWA, L. D.; ÅSTRÖM, A. N.; JOHANSSON, A.; MINJA, I. K.; JOHANSSON, A. K. **Traditionally removed mandibular central incisors among Tanzanian adults: Sociodemographic and behavioral correlates**. BMC Oral Health, v. 24, n. 1, p. 324, 2024. Disponível em: <<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-024-04846-2>>.

SIVARAMAKRISHNAN, G.; MAKKI, H.; ALDALLAL, S.; ALASWAD, Z.; SULTAN, E.; AHMED, S.; ALBANNA, H.; ALSOBAIEI, M.; ALSALIHI, L. **The variables associated with dental anxiety and their management in primary care dental clinics in Bahrain: a cross-sectional study**. BMC Oral Health, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 137, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12903-022-02173-7>>.

SOUSA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. **Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018)**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 26, p. 2981–2995, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>>.

SOUZA, A. C. S. D.; PEREIRA, M. L. D. F.; MEIRA, G. **Dental management in hypertensive patients**. International Journal of Advanced Engineering Research and Science, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 324–332, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22161/ijaers.82.40>>.

SOUZA, G. C. A.; KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. J.; RONCALLI, A. G. **Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais**

brasileiras na primeira década do século XXI. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00320720, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00320720>>.

SOUZA, L. K. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, [s. l.], v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>>.

SOUZA, V. G. L.; HERKRATH, F. J.; GARNELO, L.; GOMES, A. C.; LEMOS, U. M.; PARENTE, R. C. P.; HERKRATH, A. P. C. Q. **Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey.** Plos One. [s. l.], v. 17, n. 11, p. e0277845, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277845>>.

SPIGER, V.; SILVA, R. M.; CARCERERI, D. L. **Bucalidade enquanto alternativa decolonial: revisão integrativa e análise crítico-reflexiva.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33, n4, e240102pt, 2024. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/233733>>.

TEIXEIRA, C. N. G.; PEREIRA, S. M. D. S.; HILGERT, J. B.; OLIVEIRA, N. M. A. D.; RIBEIRO, C. C. C.; NEVES, M.; THOMAZ, E. B. A. F.; HUGO, F. N.; ALVES, C. M. C. **O uso dos serviços odontológicos no último ano na população brasileira: revisão sistemática com metanálise.** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 1087–1100, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.11452022>>.

TINPUN, K.; NAKPHENG, T.; PADMAVATHI, A. R.; SRICHANA, T. **In vitro studies of Jatropha curcas L. latex spray formulation for wound healing applications.** Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences, v. 17, n. 3, p. 271–279, 2020. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7336031/>>.

TRIVELLATO, P. T.; MORAIS, D. C.; LOPES, S. O.; MIGUEL, E. S.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. **Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática.** Ciência e Saúde Coletiva, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 865–874, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.05352017>>.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>>.

WARNAKULASURIYA, S.; CHEN, T. H. H. **Areca nut and oral cancer: evidence from studies conducted in humans.** Journal of Dental Research, v. 101, n. 10, p. 1139–1146, 2022. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9397398/>>.

WINKLER, C. H.; BJELOPAVLOVIC, M.; LEHMANN, K. M.; PETROWSKI, K.; IRMSCHER, L.; BERTH, H. **Impact of Dental Anxiety on Dental Care Routine and Oral-Health-Related Quality of Life in a German Adult Population—A Cross-Sectional Study.** Journal of Clinical Medicine, [s. l.], v. 12, n. 16, p. 5291, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/jcm12165291>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2022: special focus on gender.** New York: WHO; UNICEF, 2023. Disponível

em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/jmp-2023_layout_v3launch_5july_low-reswhowebsite.pdf>.

**ANEXO A – Anuência Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Sustentabilidade
(SEMMAS Manaus)**

2024.15848-15875.9.003240

PROTOCOLO SEMMAS	
RECEBIDO	Em: 9 / 2 / 24
	As: 12 : 37 no.
	Por: <i>Amey</i>



PPGSC Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UEA

Ofício nº 01/2024 –PPGSC/ESA/UEA

Manaus, 12 de janeiro de 2024.

Ao Excelentíssimo Senhor Antonio Ademir Stroski, Secretário(a) Municipal do Meio Ambiente Manaus, AM.

Excelentíssimo Senhor,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, venho por meio deste encaminhar a Secretaria Municipal do Meio Ambiente (SEMMAS) o Projeto de Pesquisa “**SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO RURAL AMAZÔNICO: OS CUIDADOS E PRÁTICAS NA COMUNIDADE RIBEIRINHA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO**”, sob orientação da Profª. Dra. Angela Xavier Monteiro, e execução pela discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Larissa Maria Regis da Silva, da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas – ESA/UEA, para ser apreciado por esta Secretaria.

Declaramos estar cientes da realização da referida pesquisa na coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas. Informamos que o trabalho só poderá ser iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Na certeza da atenção dispensada, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração e na oportunidade reiteramos nossos votos de estima e consideração.

Respeitosamente,

André Luiz Machado das Neves

Prof. Dr. André Luiz Machado das Neves

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



ANEXO B - Autorização da líder comunitária de Nossa Senhora do Livramento**AUTORIZAÇÃO**

Manaus, 06 de fevereiro de 2024

Prezados senhores,

Autorizamos a discente Larissa Maria Regis da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESA da Universidade do Estado do Amazonas-UEA, orientada pela Profa. Dra. Angela Xavier Monteiro, e-mail: axmonteiro@uea.edu.br, para realização da pesquisa intitulada **Saúde bucal no contexto rural amazônico: os cuidados e práticas na comunidade ribeirinha Nossa Senhora do Livramento** a ser conduzida na Comunidade Nossa Senhora do Livramento.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

CAD. NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA
23.040.488/0001-86
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA
COMUNIDADE NOSSA SENHORA
DO LIVRAMENTO
Zona Rural
CEP: 69001-019

FRANCISCA CAVALCANTE
Presidente

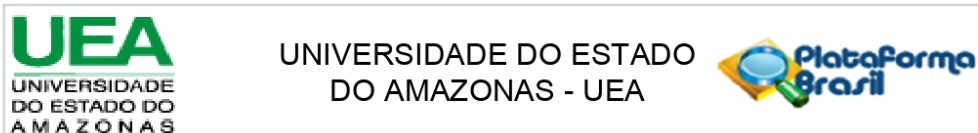
Francisca Cavalcante de Carvalho
Francisca Cavalcante de Carvalho

MANAUS

AM

Presidente da Associação de Moradores da Comunidade

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO RURAL AMAZÔNICO: OS CUIDADOS E PRÁTICAS NA COMUNIDADE RIBEIRINHA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

Pesquisador: Larissa Maria Regis da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78895024.3.0000.5016

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.774.866

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO RURAL AMAZÔNICO: OS CUIDADOS E PRÁTICAS NA COMUNIDADE RIBEIRINHA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

Pesquisador Responsável: Larissa Maria Regis da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78895024.3.0000.5016

Submetido em: 29/02/2024

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Desenho:

Trata-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quali-quantitativa. A parte qualitativa aprofunda os fenômenos, os fatos e processos específicos, enquanto a parte quantitativa abrange os dados, indicadores e tendências observáveis. No estudo misto há a relação entre o objetivo e subjetivo de modo complementar gerando questões a serem aprofundadas qualitativa e quantitativamente (MINAYO; SANCHES, 1993).

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: Cachoeirinha **CEP:** 69.065-001
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.774.866

/ Brochura Investigador	ProjetoCEP_Larissa29Fev.pdf	14:46:47	da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Larissa.pdf	29/02/2024 14:46:17	Larissa Maria Regis da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 19 de Abril de 2024

Assinado por:

ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Cachoeirinha

CEP: 69.065-001

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO RURAL AMAZÔNICO: OS CUIDADOS E PRÁTICAS NA COMUNIDADE RIBEIRINHA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO”, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Larissa Maria Regis da Silva (pesquisadora responsável), Avenida Carvalho Leal nº1777, Cachoeirinha, Manaus/AM, telefone: (92) 98107-8158, e-mail: lmrds.msc23@uea.edu.br, e a orientadora, Profª. Drª. Angela Xavier Monteiro. Avenida Carvalho Leal nº 1777, Cachoeirinha, Manaus/AM, telefone: (92)981741064, e-mail: axmonteiro@uea.edu.br.

Após ser esclarecido com as informações a seguir, e caso aceite participar, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

1. Objetivos e Procedimentos: Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa devido à sua condição de morador/residente na comunidade de Nossa Senhora do Livramento se enquadrando no perfil solicitado para o grupo de participantes do estudo. O estudo tem como **objetivo geral:** Conhecer o cuidado recebido pela população residente na comunidade Nossa Senhora do Livramento pela equipe de saúde bucal rural da atenção primária à saúde. Como **objetivos específicos**, a pesquisa visa investigar o acesso aos serviços de saúde bucal do ponto de vista dos residentes, identificar o perfil socioeconômico, verificar o cuidado em saúde bucal recebido e compreender as práticas de autocuidado tradicionais ou populares realizadas.

Para isso, os **métodos** utilizados serão:

- 1) um formulário socioeconômico composto por 13 questões;
- 2) um questionário de Acesso e Cuidado composto por 22 questões;
- 3) um roteiro de entrevista semiestruturado composto por 11 questões abertas;

O tempo de aplicação dos questionários será em média de 45 minutos.

2. Possíveis Danos: Como **possíveis riscos** aos participantes do estudo, há a possibilidade de constrangimento e cansaço, ao responder os instrumentos de coleta de dados. Lembramos que você não é obrigado a respondê-la se não se sentir à vontade. Todavia, serão tomados os cuidados para precaução, como a coleta mais reservada entre o entrevistado e participante além do seu sigilo de identificação. Se você sentir qualquer desconforto durante a entrevista, ela poderá ser interrompida e caso necessário a pesquisadora também pode acompanhá-lo na unidade da saúde para maiores cuidados (Resolução CNS nº. 446 de 2012).

3. Liberdade de Participação: Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. Este documento assegura a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade do participante da pesquisa durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº.466 de 2012).

4. Manutenção de Sigilo: Os pesquisadores se comprometem com a garantia do sigilo em relação às respostas dos participantes, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, cabendo ao pesquisador, responsabilidade pelo armazenamento adequado de todos os dados coletados na pesquisa, bem como garantia do sigilo e da confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa; Será garantida, ainda, a não identificação nominal do participante no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato; Uma vez concluída a coleta de dados, será feita a tabulação de todos os dados coletados, garantindo o anonimato dos participantes e confidencialidade das informações, para um dispositivo eletrônico local não mantendo todo e qualquer registro de qualquer plataforma, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

5. Acompanhamento, Assistência e Benefícios: Lembramos ainda que você será acompanhado (a) por um profissional formado e capacitado durante todas as etapas do estudo. (Resolução CNS nº. 446 de 2012). Como benefícios aos participantes voluntários da pesquisa pode-se mencionar a geração de conhecimento acerca do acesso e cuidado em saúde bucal na comunidade pesquisada, formando bases para o aprimoramento dos serviços e formatação de políticas públicas locais. Os resultados devem ser compartilhados com os comunitários e as gestões municipais e locais para contribuir com as reflexões e discussões sobre cuidado em saúde bucal na comunidade.

6. Acesso aos Resultados: Após a realização do estudo, o resultado será enviado ao Presidente da Comunidade e poderá ser utilizado, futuramente, para fins de promoção da sua saúde.

7. Ressarcimento e Cobertura de Despesas: O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Qualquer despesa decorrente deste projeto será de responsabilidade dos pesquisadores. Caso a participação na pesquisa ocasione dano ao participante, estão assegurados direitos a indenizações e cobertura material para reparação do dano (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). O participante tem direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

8. Endereço, E-mail e Contato dos Pesquisadores: Para qualquer informação adicional a qualquer tempo pode ser procurada a pesquisadora Larissa Maria Regis da Silva, telefone (92) 98107-8158; e-mail: lmrds.msc23@uea.edu.br e no endereço Avenida Carvalho Leal nº 1777, Bairro: Cachoeirinha, Manaus, AM. Cep:69065-001.

9. O que é o CEP: O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) se localiza na Avenida Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus/AM, Cep:69065-3/4 001; telefone (92) 3878-4368, e-mail: cep.uea@gmail.com, com horário de atendimento das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00. O CEP tem como finalidade regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisas conforme áreas de conhecimentos especificadas pelo COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA - CONEP no âmbito das unidades compreendidas pela UEA e de outras instituições.

10. Acesso ao Registro e Consentimento: O acesso ao Registro de Consentimento será dado ao participante sempre que ele solicitar, inclusive para que o mesmo consentimento seja retirado, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

O presente documento contém duas vias, sendo rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo senhor(a) convidado(a) a participar da pesquisa, ou por seu(sua) representante legal, assim como pela pesquisadora responsável.

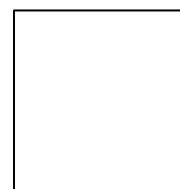
Eu, _____ portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **declaro que li e concordo em participar da pesquisa.**

Por estarem de acordo assinam o presente termo de consentimento.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Larissa Maria Regis da Silva



Impressão
Datiloscópica

**ANEXO E - Questionário retirado do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da
Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo – Módulo III – Entrevista com Usuário**
Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde

III.1 Acesso à Unidade de Saúde		
III.1.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?	Quantidade de minutos
		Não sabe, não respondeu
III.1.2	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?	Sim
		Não
		Às vezes
		Não sabe/não respondeu
III.1.3	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que esta unidade básica de saúde/posto de saúde atendesse:	Mais cedo do que o horário que costuma abrir
		À tarde até às 18 horas
		À noite
		No horário do almoço
		Aos sábados
		Aos domingos
		24 horas
Não tenho sugestões, pois estou satisfeito com o horário de funcionamento dessa UBS		
III.2 Acesso ao Serviço de Saúde: Marcação		
III.2.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?	Marca pelo telefone
		Marca pela internet
		Vai à unidade e marca o atendimento
		O agente comunitário de saúde marca a consulta
		Esta unidade básica de saúde/posto de saúde não realiza marcação de consulta
		Outro(s)
III.2.2	Como o(a) senhor(a) avalia essa forma de marcação de consulta?	Não sabe/não respondeu/não lembra
		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
III.2.3	Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:	Não sabe/não respondeu/não lembra
		Com hora marcada
		Por ordem de chegada após o agendamento (ex. marcam mais de um paciente para o mesmo

			horário ou marcam todos para o turno da manhã)
III.3 Utilização: Qualidade nas Consultas, Vínculo, Atividades Coletivas			
III.3.1	Além da sua queixa, o dentista pergunta sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.3.2	Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?		Na própria UBS
			Em outro lugar de forma gratuita
			Paga pelo remédio
			Não sabe/não respondeu
III.3.3	Quando o(a) senhor(a) não tem consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os outros profissionais o(a) senhor(a) conseguiu?		Sim
			Não
			As vezes
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu
III.3.4	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem a consulta nesta unidade de saúde, o dentista ou o agente comunitário procurou o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		Sim
			Não
			As vezes
			Nunca faltou ao atendimento
			Não sabe/não respondeu
III.3.5	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre suas preocupações ou problemas?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca fui atendido por este profissional
			Esta unidade não possui equipe de saúde bucal
			Não sabe/não respondeu
III.3.6	O(a) senhor(a) participa de atividades de promoção de saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupo, atividades na comunidade, eventos?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.3.7	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
III.4 Visita Domiciliar			

III.4.1	O(a) senhor(a) recebe visita do agente comunitário de saúde (ACS) na sua casa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.4.2	Se sim, o agente comunitário de saúde (ACS) realiza agendamento com a equipe de saúde bucal e/ou realiza atividades de orientação de saúde bucal?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5 Saúde bucal			
III.5.1	O(a) senhor(a) sai da consulta com a próxima consulta marcada até o final do tratamento?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5.2	Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente etc.), o senhor procurou atendimento?		Sim
			Não
			Não teve problema de urgência
III.5.3	Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?		Não sabe/não respondeu
			Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital privado
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
III.5.4	O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		Centro de especialidades odontológicas (CEO)
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
			Não sabe/não respondeu
III.5.5	Durante as consultas odontológicas, o dentista examina outras partes do corpo além dos dentes (pescoço, cabeça, língua e outros)?		Sim
			Não
			Sim, sempre
			Sim, as vezes
III.5.6	O problema de saúde que o(a) levou a procurar o serviço odontológico atrapalhava o seu dia a dia (comer, falar, estudar, dormir, trabalhar etc.)?		Não
			Não sabe/não respondeu
			Não sabe/não respondeu
III.5.7	Após o tratamento odontológico na Unidade Básica de Saúde/posto de saúde, os problemas de saúde bucal deixaram de atrapalhar o seu dia a dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

ANEXO F - Questionário de Condições Socioeconômicas

CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR

Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Distrito: _____

Nascido na comunidade: () sim () não

Em caso negativo, vive na comunidade há quanto tempo? _____

1. Número de pessoas que residem na casa: _____

2. Renda mensal familiar:

R\$ _____ () salários mínimos

2.1 Recebe auxílio do governo?

() sim () não

2.2.1 Tipo de auxílio:

() Auxílio Brasil

() Benefício de prestação continuada (BPC)

() Outro _____

3. Escolaridade:

Escolaridade	Membro da família

4. Habitação e infraestrutura:

4.1 Situação:

() própria () financiada () alugada () cedida

() outros _____

4.2 Paredes:

() tijolos () madeira () tijolos e madeira () taipa

() outros _____

4.3 Cobertura:

() telha de barro () telha de fibrocimento () telhas metálicas

() outros _____

4.4 Acesso a água:

() água encanada () rio () poço artesiano

() outros _____

4.4.1 Tratamento da água usada para consumo?

() sem tratamento () fervida () clorada
 () outros _____

4.5 Esgotamento sanitário:

() esgoto () fossa séptica
 () outros _____

4.6 Energia elétrica:

() luz elétrica () gerador elétrico () lamparina
 () outros _____

4.7 Número de cômodos usados para dormir: _____

4.7.1 Acomodação: () suficiente () insuficiente

5. Ocupação

Ocupação	Membro da família

ANEXO G - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. O(a) senhor(a) costuma esperar muito tempo para iniciar seu atendimento com o dentista?
2. Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe do dentista atende a todas as suas necessidades, conseguindo resolver todos os seus problemas de saúde bucal e ficando satisfeito?
 - a. Explique/Conte mais sobre: Por que ou como o cuidado que você recebe do dentista é bom ou não?
 - b. Quais os problemas/dificuldades que o(a) senhor(a) encontra no atendimento com dentista?
 - c. Quando o(a) senhor(a) não consegue realizar algum procedimento com o dentista como faz para resolver o seu problema?
3. Alguma vez deixou de ir ao dentista por sua própria escolha e recorreu a práticas de conhecimento popular da comunidade para resolver o seu problema (como remédios naturais, plantas, chás, garrafadas, reza, benzimento, outros)?
 - a. Essa prática conseguiu resolver o seu problema?
4. Quando o dentista não está na comunidade, algum outro profissional da unidade ajudou você com o seu problema de saúde bucal?
 - a. Quem foi esse profissional e como ele o ajudou?
 - b. Caso não, o que aconteceu? Qual solução o(a) senhor(a) tomou (ex.: ajuda de algum comunitário)?
5. Alguma vez precisou procurar atendimento fora da comunidade? Por qual motivo?