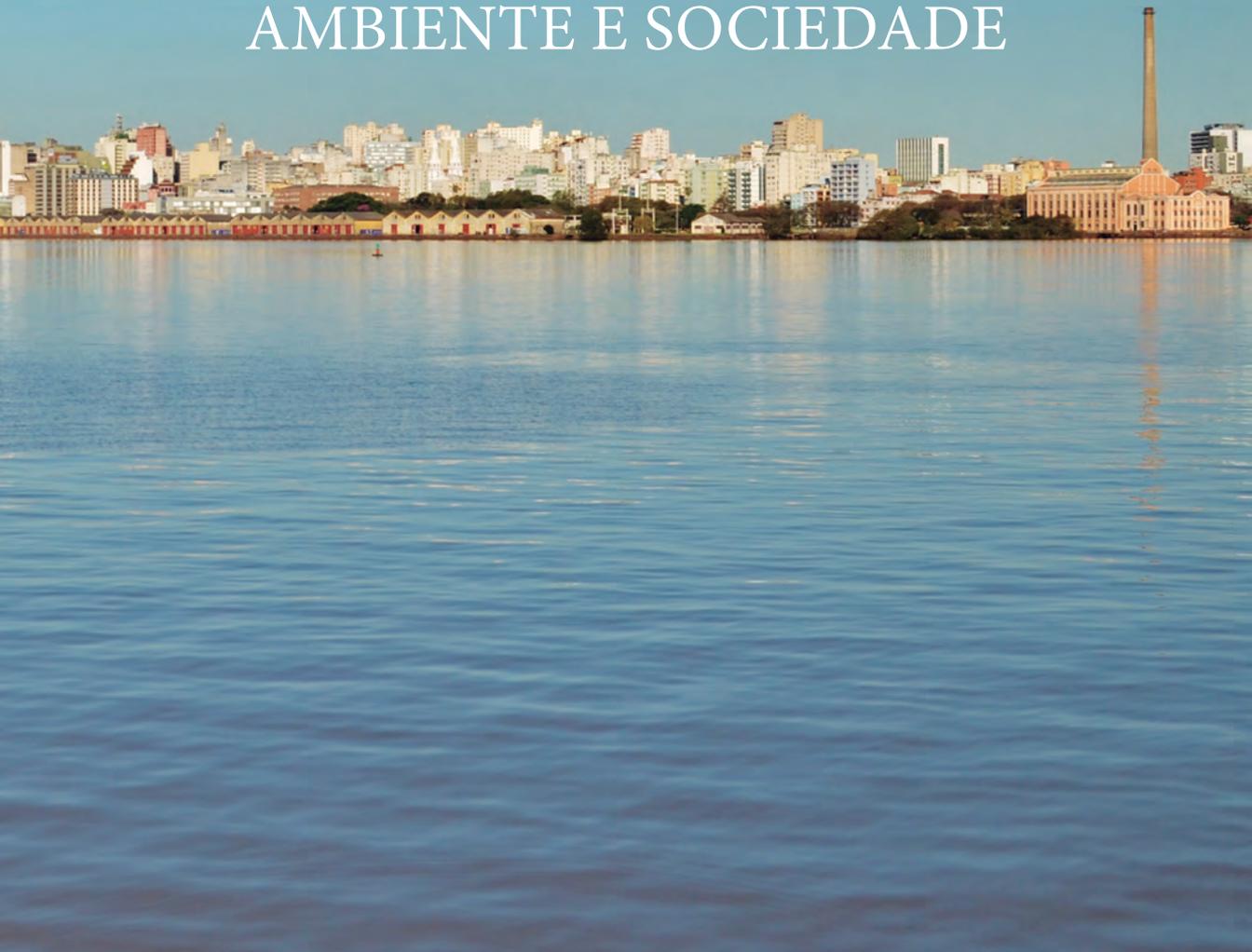


CONHECER

PARA

GERENCIAR

AMBIENTE E SOCIEDADE



Teresinha Guerra
Organizadora

2015



Pôr do Sol do Lago Guaíba

**CONHECER
PARA
GERENCIAR:
AMBIENTE E SOCIEDADE**

Comitê de Gerenciamento da Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba

Centro de Referência da Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba

Núcleo de Estudos em Educação Ambiental

Teresinha Guerra (org)

2015

Conhecer para Gerenciar: Ambiente e Sociedade

Todos os direitos reservados.

Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Capa, Editoração Gráfica e Diagramação

Wylliam Alexsander Chaves

Fotografia

Teresinha Guerra

Comite de Gerenciamento da Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba

Rua 7 de Setembro, 641 – 15º andar

CEP 90010-190 – Porto Alegre – RS

Telefone: (51) 3215.5600 – ramal: 2793

E-mail: lagoguaiba@cpovo.net

Centro de Referência da Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba e Núcleo de Estudos em Educação Ambiental (NEEA)

Av. Bento Gonçalves, 9500 – Bloco IV – Prédio 43411 – Sala 201

CEP 91501-970 – Porto Alegre - RS

Telefone: (51) 3308.6773

E-mail: projetoea@ufrgs.br

Site: www.ufrgs.br/nea

Ficha catalográfica elaborada por Rosalia Pomar Camargo CRB 856/10

C751 Conhecer para gerenciar : ambiente e sociedade / Organização de Teresinha Guerra. -- Porto Alegre : Centro de Ecologia/UFRGS, 2015.
635 p. : il.

e-ISBN 978-85-63843-19-7

1. Bacia hidrográfica do Lago Guaíba 2. Aspectos ambientais 3. Aspectos sociais

CDU 502.3(816.5)

A ÁGUA E A SAÚDE DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO SUL DO PAIS

Katia Valença Correia Leandro da Silva¹, Márcia Cançado Figueiredo², Bruna Poletto Benvegnu³ e Patricia Perez Lopes da Silveira⁴

Resumo

Localizada no município de Capivari do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, a Comunidade quilombola Costa da Lagoa, atualmente, luta pelo reconhecimento e titularização de suas terras, sendo uma comunidade fechada onde, muito pouco se conhece a respeito de suas características. Tem como objetivo descrever a condição de saúde geral e bucal das 20 famílias ali residentes e, correlacioná-las com o teor do flúor encontrado na água de abastecimento e com o perfil socioeconômico. Foi realizado durante as atividades de extensão realizadas com acadêmicos da graduação de diversos cursos da UFRGS. Sessenta e três moradores foram examinados com relação ao peso, pressão arterial, altura, glicemia e saúde bucal e, também responderam a um questionário consolidado relacionado ao padrão alimentar, saúde geral/bucal e condição socioeconômica. Paralelamente, foram realizadas as coletas das águas em quatro pontos estratégicos da comunidade para medição do flúor. Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde geral e bucal e de nível socioeconômico da população quilombola Costa da Lagoa: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias. O ambiente propiciou enfermidades na comunidade e, a água continha uma quantidade insignificante de flúor (0,12 PPM). Foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas de saúde, voltada para os povos quilombolas.

Palavras-Chave: Flúor, água, quilombola, saúde, epidemiologia

Introdução

O Sul do Brasil, antiga Província de São Pedro, contou com a presença do negro desde o início de sua ocupação pelos portugueses, entre o fim do século XVII e início do XVIII.

As diversas expedições que ocorreram no sul, antes mesmo da região ser definitivamente incorporada aos domínios da colônia portuguesa, foram acompanhadas por escravos, como as dos Campos de Viamão e do Estreito, no início do século XVIII. As estâncias e vilas formadas no período se mantiveram às custas do trabalho escravo, empregado nas principais atividades econômicas ali praticadas como as charqueadas, as olarias e, inclusive, a pecuária, com a criação de gado vacum.

¹ Professora Titular do Instituto de Biociências do Departamento de Biofísica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS E.mail: profkatia2009@hotmail.com

² Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS E.mail: mcf1958@gmail.com

³ Graduanda da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS E.mail: brupbenvegnu@gmail.com

⁴ Graduanda da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. E.mail: patriciaplds@gmail.com

No que diz respeito à população cativa sulina, levantamento realizado em 1780 indicava que ela representava 28% da população total da capitania. Já em 1814, os cativos de origem africana constituíam 31% da população (MAESTRI, 2005: 295). Entre os anos de 1874 e 1884, o Rio Grande do Sul era a sexta província com maior número absoluto de escravos (RUBERT, 2005: 34).

Quilombo é um movimento amplo e permanente que se caracteriza pelas seguintes dimensões: vivência de povos africanos que se recusavam à submissão, à exploração, à violência do sistema colonial e do escravismo; formas associativas que se criavam em florestas de difícil acesso, com defesa e organização socioeconômico, política própria; sustentação da continuidade africana através de genuínos grupos de resistência política e cultural. (NASCIMENTO, 1980, p.32).

Os quilombos do Sul do país eram, em geral, constituídos por pequenos agrupamentos de escravos fugidos. Essa característica explica-se em parte pelo fato de os cativos do Sul terem fácil acesso a países vizinhos para onde fugiam. Além disso, a falta de acidentes geográficos na região dos pampas que pudessem esconder os fugitivos dificultava a formação de grandes aglomerados humanos (MAESTRI, 2005). Em geral, tais quilombos possuíam entre 10 e 30 integrantes, composto em sua maioria por homens.

As principais regiões econômicas e geográficas do Sul do país assentadas no braço feitorizado contavam com a presença de quilombos em seus arredores, como o litoral. O continente, a oeste das grandes lagoas existentes no estado, e a Serra (apesar da colonização tardia) também foram abrigo de diversas manifestações de resistência negra (MAESTRI, 2005: 323). □

Outra singularidade dos quilombos sulinos diz respeito à sua localização. Existia uma grande quantidade de quilombos vivendo muito próximos aos centros urbanos, especialmente nas regiões de Porto Alegre, Rio Pardo e Rio Grande. Eram constituídos por cativos urbanos, acostumados ou conquistados pela vida cidadina. A vida rural lhes seria desconhecida ou pouco atraente (MAESTRI, 2005: 298-9).

Hoje, no Brasil, estudos realizados por diferentes profissionais educadores, sociólogos, antropólogos, historiadores e juristas buscam determinados critérios para denominar a luta quilombola: comunidades negras rurais, terras de pretos, remanescentes de comunidades de quilombos, hoje Comunidades Remanescentes de Quilombos compreendendo: descendentes dos primeiros habitantes da terra; trabalhadores rurais que ali mantêm sua residência habitual ou permaneçam emocionalmente vinculados (LINHARES, 2002).

Os debates em torno destas designações ganham sentido, sobretudo, para efeito de medidas legais, jurídicas ou definição de direitos sociais, econômicos, políticos para os quilombolas e seus descendentes. Por exemplo, direito à legalização da terra, à moradia, à educação, à saúde, ao lazer (LINHARES, 2002).

As comunidades quilombolas rurais estão presentes em todo o Rio Grande do Sul. No entanto, em algumas regiões elas aparecem em maior concentração. É o caso do litoral e de toda a região localizada entre as lagoas e o oceano Atlântico que abarca municípios como os de São José do Norte, Tavares, Mostardas, Palmares do Sul, Capivari do Sul, Maquiné e Terra de Areia. Nessa região, se encontram a comunidade de Casca, Limoeiro, Beco dos Coloidianos, Teixeira, Olho D'Água, Capororoca e Costa da Lagoa.

Não é mera coincidência que as regiões com grande concentração de comunidades quilombolas sejam, justamente, as que contavam com maior número de população escrava no passado. A faixa litorânea do estado e a região do atual município de Porto Alegre e

arredor foram as primeiras áreas ocupadas pelos portugueses, que levaram muitos escravos para o local. O arroio Pelotas, a oeste da laguna dos Patos, foi um importante centro de produção de charque, a atividade econômica que mais empregou mão-de-obra escrava no Sul do país.

Ao se falar em quilombo, que na língua Banto significa “povoação”, logo vem em mente o Quilombo dos Palmares, que realmente foi o mais conhecido do Brasil e é hoje o símbolo da luta do Movimento Negro. Sabe-se que este foi um núcleo de resistência formado por volta de 1600 na Serra da Barriga, em Alagoas; ao longo dos anos se fortificou, chegando a reunir quase 30 mil pessoas, que em aproximadamente 100 anos sofreram constantes ataques de holandeses e portugueses.

Conta a história que Ganga Zumba foi o penúltimo rei deste quilombo, considerado o maior de que se tem notícia no país. Ele foi morto pelo sobrinho, Zumbi, que não aceitou o acordo feito pelo tio com os portugueses, em que prometia que os quilombolas não mais raptariam os negros ainda escravizados pelos fazendeiros. Zumbi liderou uma resistência heróica que findou com a destruição do quilombo e a sua própria morte, ocorrida em 20 de novembro de 1695. Devido ao significado desta luta, a data foi escolhida para marcar o “Dia Nacional da Consciência Negra” (NETO, 2006).

Pode-se afirmar que cerca de 25% do Território Nacional Brasileiro é ocupado por povos e comunidades tradicionais, como indígenas, quilombolas, seringueiros e quebradeiras de coco, babaçu, representando quase cinco milhões de pessoas. A questão primordial enfrentada por estes grupos é o acesso ao território, que faz parte da cosmologia do grupo, referendando um modo de vida e uma “Visão de Homem e de Mundo”, além de assegurar a sobrevivência, uma vez que constituem a base para a produção e a reprodução dos saberes tradicionais (CNPCT, 2006).

Ao se falar em quilombo, que na língua Banto significa “povoação”, logo vem em mente o Quilombo dos Palmares, que realmente foi o mais conhecido do Brasil e é hoje o símbolo da luta do Movimento Negro. Sabe-se que este foi um núcleo de resistência formado por volta de 1600 na Serra da Barriga, em Alagoas; ao longo dos anos se fortificou, chegando a reunir quase 30 mil pessoas, que em aproximadamente 100 anos sofreram constantes ataques de holandeses e portugueses.

Conta a história que Ganga Zumba foi o penúltimo rei deste quilombo, considerado o maior de que se tem notícia no país. Ele foi morto pelo sobrinho, Zumbi, que não aceitou o acordo feito pelo tio com os portugueses, em que prometia que os quilombolas não mais raptariam os negros ainda escravizados pelos fazendeiros. Zumbi liderou uma resistência heróica que findou com a destruição do quilombo e a sua própria morte, ocorrida em 20 de novembro de 1695. Devido ao significado desta luta, a data foi escolhida para marcar o “Dia Nacional da Consciência Negra” (NETO, 2006).

A Federação das Associações das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul informa que existem mais de 130 comunidades quilombolas em território gaúcho. O Cadastro Geral de Remanescentes de Comunidades de Quilombos do governo federal já registrava, em dezembro de 2007, a existência de 35 comunidades naquele estado.

Atualmente, é possível identificar algumas regiões com grande concentração de quilombos rurais no estado, tais como: o litoral rio-grandense-do-sul (municípios de São José do Norte, Mostardas, Tavares e Palmares do Sul); a região central (municípios de Restinga Seca, Formigueiro e entorno) e a Serra do Sudeste, a oeste da Lagoa dos Patos. A região metropolitana de Porto Alegre abriga pelo menos seis quilombos urbanos.

A principal luta dessas comunidades é, certamente, a garantia de suas terras. De

acordo com Dona Ilza, líder da comunidade de Casca: “Nosso maior desafio é, tranquilamente, o título da terra. Porque a gente vem aguardando isso, esperando desde muito tempo”. Apesar de se tratar de um direito assegurado pela Constituição Federal, até hoje nenhuma terra de quilombo no Rio Grande do Sul foi titulada. Uma importante conquista foi obtida em outubro de 2006, quando o Presidente da República assinou decreto declarando de interesse social a terra ocupada pela comunidade quilombola Família Silva e autorizando o Incra a proceder a desapropriação a fim de garantir os direitos territoriais da comunidade. Quando o processo de desapropriação for concluído, as terras poderão ser tituladas em nome do quilombo.

No entanto, muitas outras comunidades ainda aguardam por medidas efetivas para regularizar suas terras. Em janeiro de 2008, tramitavam pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, órgão do governo federal responsável pela titulação das terras quilombolas, 33 processos de titulação, dos quais apenas cinco estavam em etapas mais avançadas, com o relatório de identificação do território concluído. (CPISP, 2011)

Localizada no município de Capivari do Sul, no Rio Grande do Sul, a Comunidade Costa da Lagoa, atualmente, luta pelo reconhecimento e titularização de suas terras, a partir do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADTC) da Constituição Federal de 1988, que determinou o reconhecimento e consequente propriedade definitiva das terras ocupadas pelos remanescentes quilombolas. Mas os remanescentes quilombolas da Costa da Lagoa ainda tem um grande caminho a percorrer em relação ao referido assunto.

Por outro lado, por ser uma comunidade fechada pouco se conhece a respeito de sua características gerais quem são e como estão e vivem. Diante deste contexto atual objetivou-se através de uma ação de extensão universitária, descrever a condição de saúde bucal (presença de placa visível, sangramento gengival, dentes cariados extraídos e restaurados) e correlacionar com o teor do flúor encontrado na água de abastecimento e com o perfil socioeconômico das 20 famílias quilombolas ali residentes.

Metodologia

O presente estudo é do tipo transversal, observacional, analítico. O trabalho foi realizado durante atividades de extensão interdisciplinar em saúde na comunidade de descendentes de escravos Costa da Lagoa no Município de Capivarí do Sul no estado do Rio Grande de Sul, Brasil durante um sábado do mês de julho de 2010. Sessenta e três pessoas da comunidade foram trabalhadas em saúde: peso, pressão arterial, altura, glicemia atendimento odontológico, responderam questionários sobre o padrão alimentar, que continham diferentes perguntas com relação: alimentação, saúde geral e condição socioeconômica. Este questionário foi aplicado por alunos da graduação de diversos cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como a odontologia, enfermagem, engenharia, medicina, nutrição, antropologia dentre outros, o que facilita o diálogo entre a Extensão, o Ensino e a Pesquisa, trindade que norteia nossa estrutura universitária. A participação em diferentes ações universitárias comunitárias (Figuras 1, 2, 3 e 4) confirma ainda a proposta de interdisciplinaridade presente, tendo contado, para sua realização, com apoio incondicional da Pró-reitoria de Extensão de nossa Universidade (PROEXT/UFRGS).



Figuras 1, 2, 3 e 4. Comunidade quilombola sendo cuidadas em saúde: medição de altura, escovação dentária e avaliação odontológica.

Paralelamente aos exames clínicos foram realizadas coletas das águas para medição do flúor em quatro pontos básicos na comunidade: residências e da fonte de abastecimento que é de um Lago próximo da lagoa dos Patos. Estas medições foram realizadas pelo Centro de Ecologia da UFRGS. Para esta coleta todos responderam um questionário específico sobre a sua água (Anexo 1 e Figura 5).



Figura 5. Visita domiciliar para coleta da água nas casas dos quilombolas

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre sob o número 669, processo número: 001.032690.11.8, datado de 09/08/2011.

Resultados

Foi observado que 70 % desta população vivem com uma renda familiar de um salário que varia entre 1 a 3 salários mínimos e com relação a escolaridade, 60% possuem o 1º grau incompleto. O padrão alimentar destes quilombos reflete a atualidade, sofreu uma transformação durante os últimos anos e não conseguiu manter as tradições das gerações. Isto resultou na preferência pelo arroz, pão, massas, feijões, carnes e nozes. A água foi o líquido mais consumido, seguido dos sucos. A frequência alimentar variou de 3 a 4 refeições por dia, sendo mais comum o consumo de biscoito como aperitivo preferido. Quanto a saúde geral, 50 % das pessoas entrevistadas responderam que existe em sua casa, pelo menos, alguém portador de alguma doença crônica. O edentulismo, configurado pela ausência total de dentes, estava presente em 13.4% dos adultos. Mais da metade da população, apresenta pelo menos uma lesão de cárie, havendo uma média de 2 dentes cariados por pessoa. Entre os adultos jovens, a cárie estava presente em 40%. A média de dentes cariados foi ruim da população em geral.

Com relação ao questionário das águas, 100% dos entrevistados sabiam de onde vinha a água que eles consumiam em casa e acreditavam que a comunidade contava com um abastecimento de água seguro que satisfazia as necessidades domésticas tais como o consumo, a preparação de alimentos e a higiene pessoal. Quase a maioria também acreditava que a água tinha acesso livre de bactérias capazes de originar enfermidades e de qualquer mineral ou substância orgânica que possa prejudicar a saúde da comunidade e, portanto, não filtravam a água para consumo.

Na análise do flúor realizado no Centro de Ecologia da UFRGS, observou-se insignificante o limite de detecção de fluoreto (mgF/L) nas águas coletadas.

Tabela 1. Detecção de fluoreto (mgF/L) nas águas coletadas

RESULTADOS				
Medida Fluoreto mgF/L	LAGO	CASA 1	CASA 2	CASA3 distante ND
	0,12	0,14	0,10	ND

LD =limite de detecção=0,10

Metodologia- Eletrodo de íon seletivo Referencia: Standart Methods 21st

Discussão

Existe nesta comunidade quilombola a ausência de informação sob minimizar impactos e várias de suas características. Com relação ao seu padrão alimentar foi observado que esta comunidade quilombola tem como base da dieta, somente duas divisões da pirâmide alimentar (Figura 6).



Figura 6. Pirâmide alimentar americana

Através dos hábitos alimentares a sociedade também se expressa, se comunica, compreende e controla a realidade (Bonim & Rolim, 1991). A alimentação não é determinada apenas por fatores geográficos ou climáticos. Na fixação de uma dieta alimentar entram da mesma forma elementos psicossociológicos que o marcam e definem. Um alimento, além de ser uma substância nutritiva que serve para a manutenção física dos indivíduos encerra também código de valores e símbolos próprios (Torrão, 1995). O estado nutricional de uma comunidade depende principalmente da existência e possibilidade de acesso a alimentos indispensáveis à sobrevivência. (Trigo et al., 1989)

É importante ressaltar que ao se consorciar determinados alimentos fortes/quentes com os fracos/frios, busca-se equilibrar as energias destes, trazendo assim este equilíbrio ao corpo, como forma de promover a harmonia espiritual e a saúde corporal. Ao observar esta classificação diferenciada dos alimentos é possível explicar o porquê de se misturar esta mandioca “fria” ao amendoim, às carnes, ao feijão e à banha, todos considerados pela autora como “fortes”, em maior ou menor grau. Então, ao se preparar o beiju, busca-se tornar a mandioca mais forte, ou o amendoim e a banha mais fracos.

Para contribuir com a explicação dada a estas misturas com uma explicação biológica (que, no entanto, não preza este estudo sobre energias, mas vem a complementar), parte do princípio de que a mandioca contém basicamente amido, apresentando menor tempo de digestão que o amendoim e banha e que, apresentando elevada quantidade de gordura, torna o esvaziamento gástrico mais demorado.

Seguindo-se esta mesma lógica é possível compreender porque é dado mais valor aos animais caçados, à galinha e aos ovos e “caipiras”, ao feijão, considerados como “fortes”, em detrimento da carne de peixe, frango de granja e arroz, mais “fracos”.

Com relação aos aspectos biológicos da alimentação, sabe-se a situação nutricional atual de parte significativa da população brasileira se mostra grave em termos de deficiência de vitamina A, ferro, iodo e cálcio, apesar de melhorias da situação de carência calórico-protéica. Também está ocorrendo, conforme MENEZES (1998), um crescimento acentuado da obesidade, sobretudo na população adulta e, inclusive, nos estratos mais pobres da população.

Entretanto, apesar de indícios que apontam que as comunidades quilombolas podem não estar apresentando um padrão adequado de alimentação, em suma pela dificuldade de

acesso, esta situação apresentada sobre a população brasileira não pode ser aplicada a elas devido a escassez de estudos envolvendo a situação alimentar destas comunidades.

Embora neste estudo não tenha sido abordada a questão racial, torna-se relevante salientar que hoje já se sabe que a hipertensão arterial, diabetes *mellitos* e anemia falciforme são doenças geneticamente determinadas que estão frequentes em populações negras. Além destas são verificadas altas prevalências de anemia ferropriva e desnutrição, que somadas a outras doenças, podem ser consideradas enfermidades derivadas de condições sócio-econômicas e educacionais desfavoráveis (MONTEIRO, SANSONE, 2004).

De acordo com Katz e Sureiman (2008), a alimentação é um dos meios pelo qual se desenvolve identidades tanto coletivas como individuais. De forma que a alimentação de pessoas de uma dada sociedade pode constituir um sistema de representações, saberes e práticas importantes para a compreensão dos grupos sociais. Sendo assim, torna-se necessário o estudo e a divulgação das mudanças e transformações de modelos alimentares nas ditas comunidades remanescentes de quilombos já que a alimentação encarna e cristalisa diferenças e semelhanças culturais e identitárias.

Por outro lado, nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como determinante na situação de saúde bucal. A baixa renda pode estar associada ao grau de educação, valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde. Gonçalves *et al* em 2002 têm demonstrado forte relação entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais, por encontrarem elevados índices de dentes cariados, perdidos e obturados em populações com baixa renda e escolaridade, corroborando os resultados encontrados neste estudo. Outros pesquisadores, como Cimões *et al* (2007), afirmam também ter verificado influência significativa da classe social na determinação das razões clínicas das perdas dentárias de outras populações igualmente em situação de exclusão social.

A presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em mais da metade da população estudada. Mais preocupante ainda, entretanto, foi o dado de edentulismo, que apareceu para o segmento de adultos jovens (indivíduos com idade entre 18 e 40 anos). A situação se agrava quando consideramos perdas dentárias em geral, sem chegar ao extremo do edentulismo. Nesse caso, os índices aumentam drasticamente para quase 30%% dos adultos jovens ao tomarmos como referência a perda dentária superior a 10 elementos. Número esse que já caracteriza prejuízo à funcionalidade da dentição, uma vez que ela é preservada quando mantidos, ao menos, 20 dentes bem distribuídos em ambas as arcadas. Uma dentição funcional prejudicada implica distúrbios essencialmente na mastigação e na fala, afetando diretamente a qualidade de vida e a auto-estima do indivíduo, pois se tratam de atividades ligadas ao prazer, ao suprimento de necessidades humanas e, ainda, à socialização na comunidade onde está inserido. Além dos danos devidos ao trauma mecânico repetido, como dores decorrentes de possíveis alterações e desgastes na articulação temporomandibular, o edentulismo, sem a devida reabilitação protética, pode ainda alterar o padrão alimentar do indivíduo, podendo levá-lo a adquirir agravos, tais como a diabetes, doenças cardiovasculares, má nutrição e obesidade. (KOLTERMANN *et al.* 2011).

Associando a este quadro caótico, a população ainda não se beneficia ou ingere a água fluoretada, por não tem o flúor basicamente incorporado no esmalte, razão pelo qual poderia ter um menor número de dentes cariados. É o conceito de dente resistente à cárie em função da sua composição química do esmalte, e especificamente em relação ao F

significaria que quanto mais flúor tivesse um dente menos seria ele solúvel aos ácidos da placa dental e, portanto, obter-se-ia maior redução de cárie. A realidade, o dente apresenta em relação ao meio ambiente bucal não um comportamento estático, mas sim altamente dinâmico. Assim, até que seja mantido na cavidade bucal um pH maior que 5,5 a composição da saliva em cálcio (Ca) e fosfato (P) supera (supersaturante) o produto de solubilidade de hidroxiapatita (HA). Logo, a tendência físico-química é o dente ganhar Ca e P do meio-bucal. Deste modo, o pH 5,5 é chamado de *crítico*, pois até este limite o produto iônico das concentrações de Ca e P na saliva da maioria dos indivíduos é maior do que a dos íons em equilíbrio de uma suspensão de HA (10^{-117}). Esta mesma condição ocorre na presença de placa dental, embora seja totalmente indesejável.

Quando atinge na cavidade bucal um pH menor que 5,5 a composição da saliva em Ca x P torna-se inferior (subsaturante) em relação ao produto de solubilidade da HA, e, deste modo, a tendência físico-química é o esmalte perder Ca e P para o meio bucal tentando atingir o novo estado de equilíbrio em função do pH atingido. Isto ocorre na placa dental toda vez que ingere-se açúcar e atingindo o pH inferior a 5,5 ocorrerá como consequência dissolução do esmalte, fenômeno este chamado de desmineralização. Dinamicamente, em função de uma série de fatores e depois de decorrido um certo tempo, o pH retornará ao normal. Desta maneira, são restabelecidas novamente na cavidade condições físico-químicas supersaturantes, assim a tendência é o esmalte ganhar Ca e P do meio bucal tentando repor o perdido pelo processo de desmineralização. Este fenômeno se efetivo levará ao que chamamos de remineralização do esmalte. Assim, a cárie dental será consequência do desequilíbrio entre os fatores de *desmineralização* e *remineralização* sendo função direta das concentrações que mantenham um pH crítico (< 5,5) na cavidade bucal. Logo o potencial de desenvolvimento da cárie dental tem que ser discutido em termos de risco, em relação a:

1. Fatores do hospedeiro que possibilita maior formação e retenção de placa. Exemplo, pacientes com aparelho ortodôntico;
2. Fatores salivares em termos de capacidade tampão e fluxo salivar, tanto em deficiência, como sua inacessibilidade a todas superfícies dentais;
3. Fatores microbiológicos em termos de capacidade de induzir a pH mais crítico;
4. Dieta do paciente em termos de frequência e/ou retenção do açúcar na cavidade bucal.

A avaliação destes fatores procurando diminuir seu papel negativo no processo de desmineralização e aumentar a ação positiva no processo de remineralização será fundamental para que o uso de flúor seja o mais racional possível.

Esta comunidade não tem água tratada e não se beneficia da fluoretação das águas de consumo público que ainda é o melhor meio para redução da cárie dentária por não depender de uma atitude individual, ou seja, atingem toda população de um modo involuntário, basta utilizar a água para beber ou preparar alimentos, cabendo aos órgãos públicos a responsabilidade de inserir a dosagem certa no sistema de tratamento de água pública. O flúor possui efeito benéfico aos dentes quando exposto em quantidades controladas. Com base na Portaria 635/75 e na média de temperaturas máximas registradas nas capitais os níveis ideais de flúor na água varia entre 0,60 mg/l de água à 0,80 mg/l, sendo considerado ideal que fique a 0,70 mg/l. Indica-se que seja consumido uma média diária de até 0,07 mg/kg de flúor através da ingestão de água, evitando, assim, o surgimento

da fluorose dentária e auxiliando a manter o controle da doença cárie. Com base em Frazão, Peres e Cury (2011) O flúor na água em níveis normais em relação à diminuição da cárie é de 40% a 70% e tem poder para reduzir as perdas de dentes em adultos em 40% a 60%.

Finalizando, através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde geral e bucal e de nível sócio-econômico da população quilombola Costa Da Lagoa. O ambiente propiciou a enfermidade.

Por outro lado, foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas, as quais deixam muito a desejar no suporte à esta população. A uma fatia potencialmente produtiva da sociedade quilombola acabam restando os tratamentos odontológicos de urgência em detrimento dos educativo-preventivos, resultando no perfil encontrado, no qual se percebe uma grande sequela de doença na maioria da população.

Conclusões

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico da população quilombola Costa Da Lagoa: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias;

A água que abastece a comunidade não estabelece uma concentração ideal de flúor que seja capaz de produzir o máximo benefício de prevenção de cáries dentária.

Referências Bibliográficas

- MAESTRI, M. “Quilombos no Rio Grande do Sul”. In: REIS, João José e GOMES, Flávio dos Santos (org.). *Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000
- RUBERT, R. □ *Comunidades Negras Rurais do RS: Um levantamento socioantropológico preliminar*. Porto Alegre: Secretaria de Agricultura e abastecimento do Estado do Rio Grande do Sul/RS RURAL; Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura – IICA, 2005.
- NASCIMENTO, A. *O Quilombismo*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- LINHARES, L.F. *Comunidade negra rural: um velho tema, uma nova discussão*. Revista *Palmares em Ação*, v. 1, n. 1, 2002.
- NETO, C.S. *Comunidades Negras Tradicionais do Paraná - Relato do trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho Clóvis Moura / Secretaria de Cultura do Estado do Paraná*. Curitiba, novembro de 2006.
- CNPCT. *Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais*. Brasília, set. 2006.
- http://www.cisp.org.br/comunidades/html/i_brasil_rs.html
- KUNIOCHI, M.N., MOLET, C.D. *Uma comunidade quilombola na rota dos tropeiros: quilombolas do Limoeiro*. 4º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional, 2009.
- BONIN, A.M.A. & ROLIM, M. C. “Hábitos Alimentares”. In: *Boletim de Antropologia*, Curitiba, 4 (1): 75-90, junho de 1991.
- TORRÃO, M.M. “Alimentação da População das Ilhas de Cabo Verde: a permanência dos hábitos alimentares”. In: *Dietas Alimentares. Transferências e Adaptações nas Ilhas de Cabo Verde (1460-1540)*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical, 1995.

- TRIGO, M. et al. "Tabus Alimentares em Região do Norte do Brasil". In: Revista Saúde Pública, São Paulo, 23 (6): 455-64, 1989.
- MENEZES, F. Faces da Pobreza no Brasil. O conceito de segurança alimentar. Actionaid, Brasil, 1998.
- MONTEIRO, S, SANSONE, L. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Ed FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
- KATZ, E. e SUREMAIN, C.É. « Introduction: modèles alimentaires et recompositions sociales en Amérique Latine », In Anthropology of food [Online], S4 | May 2008, URL : <http://aof.revues.org/index4033.html>. Acesso em 16 setembro 2013.
- GONÇALVES, E.R., PERES, M.A., MARCENES, W. Cárie dentária e condições socioeconômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 699-706, maio/jun. 2002.
- CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1691-1696, nov./dez. 2007.
- KOLTERMANN, A.P., GIORDANI, J.M.A., PATTUFFI, M.P. The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 173-182, jan. 2011.
- FRAZÃO, P; PERES, M.A; Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto, Rev Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 2011 - Artigo disponível em português e inglês em: www.scielo.br/rsp

ANEXO 1. Questionário ÁGUAS.

QUILOMBOLAS Costa da Lagoa no município de Capivarí do Sul.

SEXO () M () F - IDADE _____ RESPONSÁVEL PELA CASA () NÃO () SIM

1. Você sabe de onde vem a água que você consome em casa? () Sim () Não
2. Você acredita que a comunidade conta com um abastecimento de água seguro que satisfaz as necessidades domésticas tais como o consumo, a preparação de alimentos e a higiene pessoal? () Sim () Não
3. A água da torneira é uma água natural devidamente tratada () Sim () Não
4. Você acredita que a água que vocês tem acesso esteja livre de bactérias capazes de originar enfermidades e de qualquer mineral ou substância orgânica que possa prejudicar a saúde desta comunidade? () Sim () Não
5. Você filtra a água que vocês bebem?
() Sim () Não Caso afirmativo ,como você filtra a água em sua casa?
() **Fervura:** A água é aquecida até ao ponto de ferver, mantendo-se a fervura por, pelo menos, um minuto, tempo suficiente para inactivar ou matar os microorganismos que nela possam existir.
() **Filtração por carbono:** Utilizando-se carvão de lenha, um tipo de carbono com uma extensa área, que absorve diversos compostos, inclusive alguns tóxicos. Filtros domésticos podem ainda conter sais de prata.
() **Destilação:** O processo de destilação envolve ferver a água transformando-a em vapor. O vapor de água é conduzido a uma superfície de refrigeração onde retorna ao estado líquido em outro recipiente
() **Não filtro**
() **Não sei**
6. **Características da Água?**
Sabor: () ausente () presente () salgada () doce
Cheiro: () presente () ausente
Cor: () transparente () parda temperatura natural () quente () morna () fria
7. Possui reservatório de água na sua casa? () NÃO () SIM Caso afirmativo que tipo:
() Caixas d'água de polietileno () reservatório semi-enterrados () reservatório enterrado
() caixa d'água metálica () outro tipo
8. Faz a lavagem da sua caixa d'água?
() Sim () Não Caso afirmativo, a cada seis meses () Sim () Não
9. Você tem alguma doença? () Sim () Não
Caso afirmativo qual? _____
10. Que nota daria para a sua saúde?
() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10
11. Que nota daria para a sua família?
() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10