

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

BRUNA POLETTO BENVENÚ  
PATRÍCIA PEREZ LOPES DA SILVEIRA

DESCRIÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DE  
DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS RURAL E URBANA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL, BRASIL

Porto Alegre  
2014

BRUNA POLETTO BENVENÚ  
PATRÍCIA PEREZ LOPES DA SILVEIRA

DESCRIÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DE  
DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS RURAL E URBANA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL, BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia pela Faculdade de  
Odontologia da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, como requisito parcial  
para obtenção do título de Cirurgião-  
Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Marcia Cançado  
Figueiredo

Porto Alegre  
2014

**CIP- Catalogação na Publicação**

Benvegnú, Bruna Poletto

Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos de duas comunidades quilombolas rural e urbana do estado do Rio Grande do Sul, Brasil / Bruna Poletto Benvegnú, Patrícia Perez Lopes da Silveira. – 2014.

35 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

Orientadora: Marcia Caçado Figueiredo

1. Quilombo. 2. Odontologia. 3. Água. 4. Flúor. I. Silveira, Patrícia Perez Lopes da. II. Figueiredo, Marcia Caçado. III. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

## RESUMO

BENVEGNÚ, Bruna Poletto.; SILVEIRA, Patricia Perez Lopes da. **Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos de duas comunidades quilombolas rural e urbana do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.** 2014. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Para proporcionar ações efetivas na busca pela saúde bucal, o acesso à saúde deve ser singularizado, conforme as necessidades da população alvo e, isso deve ser planejado a partir de levantamentos e estudos que evidenciem o perfil da comunidade e que sirvam de parâmetro para o planejamento de futuras ações. Descrever a condição de saúde bucal de duas comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, uma rural e outra urbana, e correlacioná-la com o perfil socioeconômico e a quantidade de flúor encontrada na água de consumo. Para isso foram realizadas avaliações odontológicas e o nível sócio econômico de 25% das famílias do quilombo, além de realizar a coleta da água de consumo para medição do nível de flúor da comunidade rural. No quilombo Costa da Lagoa, 40% dos adultos jovens apresentavam lesões cáries, e o edentulismo acomete 13,4% dos adultos. Quanto à escolaridade, 80% possuem o primeiro grau incompleto. No quilombo dos Alpes, 5% dos adultos jovens apresentavam lesões cáries, e 18% dos adultos apresentam edentulismo. 60% da população desta comunidade possui o primeiro grau incompleto. A comunidade dos Alpes consome água fluoretada e a comunidade Costa da Lagoa, não. As duas comunidades apresentam um baixo nível socioeconômico, vivem abaixo da linha da pobreza. A comunidade quilombola rural apresentou um percentual maior de dentes cariados e perdas dentárias, o que sugere ser uma população desassistida pelos benefícios advindos da água de abastecimento público fluoretada, e de assistência odontológica preventiva-educativa e curativa.

Palavras-chave: Quilombo. Odontologia. Água. Flúor

## ABSTRACT

BENVEGNÚ, Bruna Poletto; SILVEIRA, Patricia Perez Lopes da. **Description of oral health and socioeconomic indicators in two rural and urban maroon communities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil.** 2014. 36 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

To provide effective action in pursuit of oral health, access to health care should be singled out as the needs of the target population, and this should be planned from surveys and studies which show the profile of the community and serve as a benchmark for planning future actions. To describe the oral health status of two maroon communities in the state of Rio Grande do Sul, a rural and other urban, and correlate it with the socioeconomic profile and the amount of fluoride found in drinking water. For this dental reviews and the socioeconomic level of 25% of households were made Quilombo, besides performing the collection of drinking water for measuring the fluoride level of the rural community. In the Quilombo Costa da Lagoa, 40% of young adults had carious lesions, tooth loss and affects 13.4% of adults. Regarding education, 80% have incomplete first degree. Quilombo in the Alpes, 5% of young adults had carious lesions, and 18% of adults are edentulous. 60% of the population of this community has incomplete first degree. The community uses the Alps for water consumption arising from DMAE; since the Costa da Lagoa community uses water from the local pond not fluoridated. The two communities have a low socioeconomic status, living below the poverty line. The rural maroon community showed a higher percentage of de teeth and tooth loss, which suggests that this underserved population by benefits from fluoridated public water supplies, and educational and preventive dental care.

Keywords: Quilombo. Odontology. Water. Fluoride

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 ARTIGO .....</b>	<b>7</b>
<b>3 CONCLUSÕES.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO B - FICHA DA CRIANÇA .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO C - FICHA DO ADULTO .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO D - FICHA DO CUIDADOR.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO E - FICHA DO OBSERVADOR.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO DAS ÁGUAS.....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A fluoretação da água de abastecimento público, em termos de abrangência coletiva, é considerada o método mais efetivo para prevenção da cárie dentária. Além disso, apresenta os maiores níveis de equidade, adesão, custo-efetividade e segurança, representando uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública.

A fluoretação das redes de abastecimento de água é reconhecida mundialmente, pois os benefícios de redução da cárie superam os riscos da fluorose dental, considerada seu único efeito colateral.

Sabe-se que a fluoretação das redes de abastecimento de água no Brasil tornou-se uma obrigatoriedade através de Lei. No entanto, existem locais do país onde não é encontrada a concentração necessária de flúor nas suas águas. Sendo assim, esse trabalho tem como proposta avaliar a fluoretação das águas de um destes locais, no caso, uma comunidade quilombola, e relacionar com a situação de saúde bucal de moradores dessa comunidade.

Já as comunidades quilombolas em geral são fechadas, portanto pouco se conhece a respeito de suas características gerais: quem são, como estão e como vivem.

Com relação ao Rio Grande do Sul, sabe-se que o Estado foi um grande centro de escravos, e todo o processo de charques e carnes salgadas era produzido com essa mão de obra. Atualmente sabemos que no Estado há 35 quilombos, entre eles rurais e urbanos.

A partir da organização comunitária, as comunidades remanescentes do RS exercem sua capacidade de argumentação política, com agentes do movimento negros Instituições de Ensino superior, fazendo com que o Estado Brasileiro, representado por suas instituições, venha reconhecer oficialmente, através de ordenamentos jurídicos e administrativos a existência destas comunidades. Nos últimos dez anos a sociedade rio-grandense se inseriu no debate de forma mais intensa sobre o reconhecimento formal do movimento quilombola gaúcho.

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 em uma comunidade quilombola do Rio Grande do Sul.

## 2 ARTIGO

Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos de duas comunidades quilombolas rural e urbana do estado do Rio Grande do Sul, Brasil

Bruna Poletto Benvegnú, graduanda da Faculdade de Odontologia da UFRGS

Patrícia Perez Lopes da Silveira, graduanda da Faculdade de Odontologia da UFRGS

Márcia Cançado Figueiredo, Mestre e Doutora em Odontopediatria Faculdade de Odontologia USP/Bauru, SP – Brasil. Professora Associada da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

Porto Alegre

Rio Grande do Sul

Brasil

Bruna Poletto Benvegnú: Av. Inconfidência, nº 155/401, Canoas, RS

E-mail: [brupbenvegnu@gmail.com](mailto:brupbenvegnu@gmail.com)

Patrícia Perez Lopes da Silveira: Rua Tocantins, nº 869/04, Porto Alegre, RS

E-mail: [patriciaplds@gmail.com](mailto:patriciaplds@gmail.com)

Márcia Cançado Figueiredo: Rua Luzitana, nº 1370 1370/502, Porto Alegre, RS

E-mail: [mcf1958@gmail.com](mailto:mcf1958@gmail.com)



Descrição da saúde bucal e dos indicadores socioeconômicos de duas comunidades quilombolas rurais e urbanas do estado do Rio Grande do Sul, Brasil

Bruna Poletto Benvegnu

Patrícia Perez L. da Silveira

Márcia Cançado Figueiredo

**Resumo: Introdução:** Para proporcionar ações efetivas na busca pela saúde bucal, o acesso à saúde deve ser singularizado, conforme as necessidades da população alvo e, isso deve ser planejado a partir de levantamentos e estudos que evidenciem o perfil da comunidade e que sirvam de parâmetro para o planejamento de futuras ações.

**Objetivo:** Descrever a condição de saúde bucal de duas comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, uma rural e outra urbana, e correlacioná-la com o perfil socioeconômico e a quantidade de flúor encontrada na água de consumo. **Método:**

Para isso foram realizadas avaliações odontológicas e o nível sócio econômico de 25% das famílias do quilombo, além de realizar a coleta da água de consumo para medição do nível de flúor da comunidade rural. **Resultados:** No quilombo Costa da Lagoa, 40% dos adultos jovens apresentavam lesões cáries, e o edentulismo acomete 13,4% dos adultos. Quanto à escolaridade, 80% possuem o primeiro grau incompleto. No quilombo dos Alpes, 5% dos adultos jovens apresentavam lesões cáries, e 18% dos adultos apresentam edentulismo. 60% da população desta comunidade possui o primeiro grau incompleto. A comunidade dos Alpes consome água fluoretada e a comunidade Costa da Lagoa, não. **Conclusões:** As duas comunidades apresentam um baixo nível socioeconômico, vivem abaixo da linha da pobreza. A comunidade quilombola rural apresentou um percentual maior de dentes cáries e perdas dentárias, o que sugere ser uma população desassistida pelos benefícios advindos da água de abastecimento público fluoretada, e de assistência odontológica preventiva-educativa e curativa.

**Palavras-chave:** Quilombo. Odontologia. Água. Flúor

Description of oral health and socioeconomic indicators in two rural and urban maroon communities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Bruna Poletto Benvegnu

Patrícia Perez L. da Silveira

Márcia Cançado Figueiredo

**Abstract: Introduction:** To provide effective action in pursuit of oral health, access to health care should be singled out as the needs of the target population, and this should be planned from surveys and studies which show the profile of the community and serve as a benchmark for planning future actions. **Objective:** To describe the oral health status of two maroon communities in the state of Rio Grande do Sul, a rural and other urban, and correlate it with the socioeconomic profile and the amount of fluoride found in drinking water. **Method:** For this dental reviews and the socioeconomic level of 25% of households were made Quilombo, besides performing the collection of drinking water for measuring the fluoride level of the rural community. **Results:** In the Quilombo Costa da Lagoa, 40% of young adults had carious lesions, tooth loss and affects 13.4% of adults. Regarding education, 80% have incomplete first degree. Quilombo in the Alpes, 5% of young adults had carious lesions, and 18% of adults are edentulous. 60% of the population of this community has incomplete first degree. The community uses the Alps for water consumption arising from DMAE; since the Costa da Lagoa community uses water from the local pond not fluoridated. **Conclusions:** The two communities have a low socioeconomic status, living below the poverty line. The rural maroon community showed a higher percentage of decayed teeth and tooth loss, which suggests that this underserved population by benefits from the fluoridated public water supplies, and educational and preventive dental care.

**Keywords:** Quilombo. Odontology. Water. Fluoride

## INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas em geral são fechadas, portanto pouco se conhece a respeito de suas características gerais: quem são, como estão e como vivem.

Com relação ao Rio Grande do Sul, sabe-se que o Estado foi um grande centro de escravos. Todo o processo de charques e carnes salgadas era produzido com trabalho escravo. Atualmente sabemos que no Estado há 35 quilombos, entre eles rurais e urbanos<sup>1</sup>.

A partir da organização comunitária, as comunidades remanescentes do RS exercem sua capacidade de argumentação política, com agentes do movimento negros em Instituições de Ensino superior, fazendo com que o Estado Brasileiro, representado por suas instituições, venha reconhecer oficialmente, através de ordenamentos jurídicos e administrativos a existência destas comunidades. Nos últimos dez anos a sociedade rio-grandense se inseriu no debate de forma mais intensa sobre o reconhecimento formal do movimento quilombola gaúcho<sup>2</sup>.

Por outro lado, sabe-se da importância da fluoretação da água de abastecimento público, em termos de abrangência coletiva, como método mais efetivo para prevenção da cárie dentária. Além disso, apresenta os maiores níveis de equidade, adesão, custo-efetividade e segurança, representando uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública. A fluoretação das redes de abastecimento de água é reconhecida mundialmente, pois os benefícios de redução da cárie superam os riscos da fluorose dental, considerada seu único efeito colateral<sup>3</sup>.

Sabe-se que a fluoretação das redes de abastecimento de água no Brasil tornou-se uma obrigatoriedade através de Lei. No entanto, existem locais do país onde não é encontrada a concentração necessária de flúor nas suas águas, não há saneamento básico ou nos poços artesianos que podem apresentar na água flúor em excesso, como é o caso das comunidades que vivem em zona rural.

Diante deste contexto, objetivou-se descrever as condições de saúde bucal (presença de placa visível, sangramento gengival, dentes cariados extraídos e restaurados) de duas comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, uma rural e outra urbana e correlacioná-las com o perfil socioeconômico e a quantidade de flúor encontrada na água de consumo.

## REVISÃO DE LITERATURA

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<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>. Entre os anos de 1874 e 1884, o Rio Grande do Sul era a sexta província com maior número absoluto de escravos<sup>6</sup>.

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 socioeconômica e política própria; sustentação da continuidade africana através de genuínos grupos de resistência política e cultural<sup>7</sup>.

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 possuírem 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 humano<sup>5</sup>. 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<sup>5</sup>.

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 citadina. A vida rural lhes seria desconhecida ou pouco atraente<sup>5</sup>.

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<sup>8</sup>.

Os debates em torno destas designações ganham sentido, sobretudo, para efeito de medidas legais, jurídicas ou definição de direitos sociais, econômicos e políticos para os quilombolas e seus descendentes. Por exemplo, direito à legalização da terra, à moradia, à educação, à saúde e ao lazer<sup>8</sup>.

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 estão as comunidades de Casca, Limoeiro, Beco dos Coloidianos, Teixeiras, Olhos 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<sup>9</sup>.

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”<sup>10</sup>.

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<sup>11</sup>.

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. Em 2004, de acordo com a líder da comunidade de Casca: “O 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 apenas três terras de quilombo no Rio Grande do Sul foram tituladas. 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, logo depois, assinou igual decreto para a terra do Quilombo Chácara das Rosas e autorizando o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) a proceder a desapropriação a fim de garantir os direitos territoriais das comunidades. Em 2009 quando os processos de desapropriação foram concluídos, as terras puderam ser tituladas em nome dos quilombos Família Silva e Chácara das Rosas. Em 2010, chegou a vez do Quilombo de Casca receber o título de apropriação de suas terras.

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<sup>12</sup>.

No trabalho de Santos e Santos<sup>13</sup> há uma interessante revisão bibliográfica sobre a fluoretação das águas de abastecimento público no combate à cárie dentária. Segundo Ramires e Buzalaf<sup>3</sup> a fluoretação das águas de abastecimento público, que consiste na adição controlada de um composto de flúor à água, é uma das mais importantes medidas de prevenção da cárie dentária na saúde coletiva.

No trabalho de Narvai<sup>14</sup> encontramos alguns conceitos de Cury<sup>15</sup> e Featherstone<sup>16</sup>. Ao longo da vida, ocorrem sucessivas desmineralizações e remineralizações do esmalte dentário, ocasionados pela queda de pH que a produção de ácidos gera. O flúor atua na prevenção da cárie formando fluoreto de cálcio na etapa de remineralização<sup>15</sup>. O fluoreto de cálcio torna o esmalte dentário menos solúvel em ácidos<sup>16</sup> e, portanto, menos suscetível à desmineralização (processo que origina a cárie). Portanto, a presença contínua de pequenas quantidades de flúor no meio bucal ao longo de toda a vida é indispensável para que o efeito preventivo do flúor aconteça<sup>15</sup>. Por isso a grande importância da fluoretação das águas no âmbito coletivo da prevenção de cárie, pois não demanda intervenção profissional nem iniciativa da população, que, ao realizar um ato corriqueiro como beber água do abastecimento público, já está sendo beneficiada<sup>17</sup>.

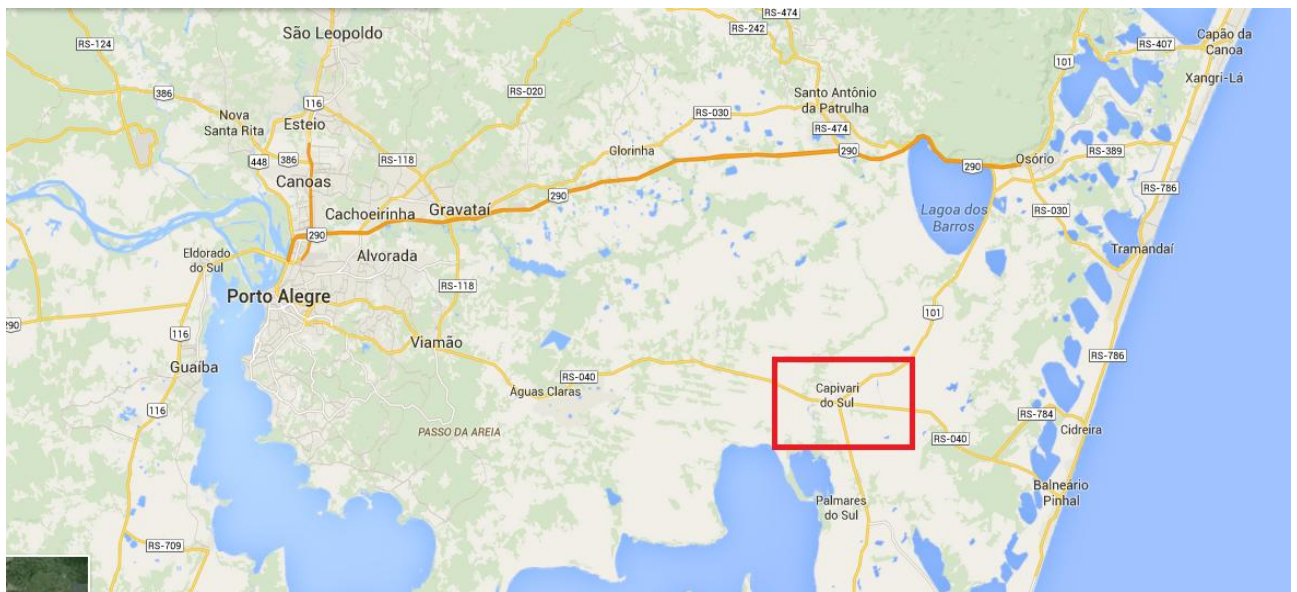
Especialistas em saúde pública e a comunidade odontológica internacional consideram a fluoretação das águas uma medida efetiva no declínio da prevalência da doença cárie<sup>18</sup>. A água fluoretada também exerce efeito quando utilizada para o preparo de alimentos<sup>17</sup>.

Nos países do hemisfério sul, a doença cárie continua sendo um grande problema no âmbito da saúde pública<sup>19</sup>. Mesmo com a Lei Federal nº 6.050 de 1974, que determina a obrigatoriedade da fluoretação dos municípios brasileiros com estações de tratamento de água, ainda existem diversas localidades sem acesso à água fluoretada. Segundo Araujo<sup>20</sup> a concentração de flúor no abastecimento da água em países tropicais como o Brasil deve ficar entre 0,7 e 1,0 ppm de flúor, devido ao clima, que influencia diretamente no consumo de água.

A saúde bucal, segundo Narvai<sup>14</sup>, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação, independentemente de qualquer comunidade que seja.

## METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo transversal, observacional, analítico. Os dados foram coletados durante os mutirões de saúde, atividades estas, decorrentes de uma atividade de extensão universitária interdisciplinar em saúde desenvolvida pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em duas comunidades de descendentes de escravos do estado do Rio Grande de Sul, Brasil. A primeira comunidade quilombola é rural, Costa da Lagoa, situada no município de Capivari do Sul, que situa-se a 73,4 quilômetros de Porto Alegre.



**Figura 1** –Localização do Quilombo Costa da Lagoa, no município de Capivari do Sul, Rio Grande do Sul.

Através da figura 1, percebe-se que esta comunidade vive próximo a Lagoa dos Barros, permitindo aos moradores fazer em residências seus poços artesanais de uma menor profundidade.





**Figura 2** - Localização do Quilombo dos Alpes, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

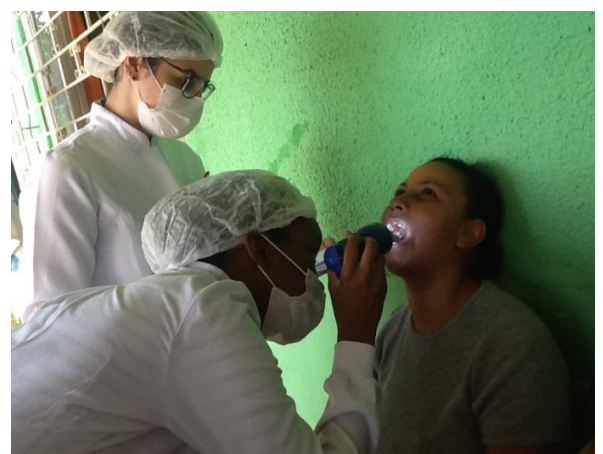
Verifica-se na zona pintada em amarelo da figura 2, que a comunidade quilombola urbana dos Alpes, situa-se em Porto Alegre, no alto do Morro dos Alpes, região bem central do bairro Glória que se encontra na zona sul da capital. É composta de 70 famílias, que vivem em casas construídas de madeira e mista que são abastecidas pela água do Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE).

Durante os mutirões de saúde, foram avaliados uma amostra de 25% da população de cada uma das comunidades: peso, pressão arterial, altura, além da avaliação odontológica.



**Figuras 3 e 4** - Comunidade quilombola em avaliação da pressão arterial e altura

As condições de saúde bucal desses moradores, utilizando-se os critérios de presença ou ausência de placa visível e sangramento gengival, número de dentes cariados e perdidos foram avaliadas. Estes exames bucais foram realizados por examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival. Após essa deplacagem, fez-se a secagem dos dentes com uma gaze e levantou-se o número de dentes cariados, perdidos e restaurados ( Figuras 5 e 6).



**Figuras 5 e 6** – Comunidade quilombola em avaliação das condições de saúde bucal .

Os quilombolas também responderam a questionários relacionados ao nível sobre o padrão alimentar, que contém diferentes perguntas com relação à alimentação, saúde geral e condição socioeconômica. Estes questionários foram realizados por acadêmicos de diferentes cursos de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: odontologia, enfermagem, medicina, nutrição, veterinária, biologia, serviço social e antropologia, o que facilitou o diálogo entre a Extensão, o Ensino e a Pesquisa, tríade que norteia a estrutura universitária. As diferentes atividades comunitárias desenvolvidas confirmou ainda a proposta de interdisciplinaridade junto a comunidades quilombolas.(Figura 7)



**Figura 7** – Uma senhora da comunidade quilombola respondendo aos questionários.

Paralelamente aos exames clínicos foram realizadas coletas das águas para medição do Flúor em quatro pontos básicos em residências da comunidade de Capivari do Sul e da fonte de abastecimento (visto que a comunidade não é abastecida por rede de água fluoretada). Estas medições foram realizadas pelo Centro de Ecologia da UFRGS. Para esta coleta todos responderam a um questionário específico sobre a água de consumo. A comunidade quilombola dos Alpes recebe abastecimento de água pelo DMAE, que possui uma concentração de flúor que pode variar de 0,6 a 0,9 mgF/L, de acordo com a temperatura. Portanto, não foi necessária a medição do Flúor.

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

Avaliando duas comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul, uma rural e outra urbana, encontrou-se similaridade entre ambas:

Com relação à comunidade quilombola de Capivari do Sul, foi observado que 70% desta população vive com uma renda familiar que varia entre um e dois salários mínimos mensais. Com relação à escolaridade, 60% possuem o 1º grau incompleto. Quanto ao padrão alimentar, observou-se uma preferência por cereais, pães e raízes, seguido por frutas e hortaliças. A maioria das famílias apresentou uma frequência alimentar de 3 a 4 refeições por dia. Quanto à saúde bucal, o edentulismo, configurado pela ausência total de dentes, estava presente em 13.4% dos adultos. Mais da metade da população, apresentava pelo menos uma lesão de cárie, havendo uma média de 2 dentes cariados por pessoa. 40% dos adultos jovens apresentavam lesões cariosas.

Quanto ao questionário das águas, todos os entrevistados sabiam de onde vinha a água consumida em suas casas, 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. A maioria dos entrevistados acreditava que a água que tinham acesso era livre de bactérias capazes de originar enfermidades e de qualquer mineral ou substância orgânica que pudesse prejudicar a saúde 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).

Com relação à comunidade quilombola dos Alpes, foi verificado que a renda mensal da maioria das famílias é de até um salário mínimo mensal. No que diz respeito à escolaridade, 80% dos entrevistados possuíam o primeiro grau incompleto. Quanto ao padrão alimentar, a maioria afirmou se alimentar principalmente de legumes, carnes, ovos, leites e derivados, seguido por açúcares e doces, óleos e gorduras. A maioria das famílias relatou se alimentar mais de quatro vezes ao dia. Na avaliação odontológica foi verificado que 5% dos adultos jovens apresentavam cáries. 18% da população apresentava edentulismo, e 18% possuía perda de mais de 10 dentes. A população quilombola dos Alpes utilizava para consumo a água advinda do DMAE, que possui uma concentração de flúor que varia de acordo com a temperatura. Segundo o relatório de análises de fluoreto disponibilizado pelo DMAE, o teor ideal de concentração do íon fluoreto na água de abastecimento público em

Porto Alegre é de 0,8 ppm/F, sendo considerado dentro do padrão adequado, as análises que apresentarem concentração na faixa de 0,6 a 0,9 ppm/F. Este intervalo foi adotado para todo Rio Grande do Sul a partir da Portaria n.º10/99, da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, define os teores de concentração do íon fluoreto nas águas para consumo humano fornecidas pelo sistema público de abastecimento<sup>21</sup>.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram uma grande prevalência de cárie em ambas as comunidades, porém houve um maior índice da doença na comunidade de Capivari do Sul. Como consequência disso há também muitas perdas dentárias. Essa situação já caracteriza prejuízo à funcionalidade da dentição, uma vez que ela é preservada quando mantidos, ao menos, 20 dentes bem distribuídos em ambas às arcadas. Uma dentição funcional prejudicada implica distúrbios essencialmente na mastigação e na fala, afetando diretamente a qualidade de vida e a autoestima do indivíduo, pois se tratam de atividades ligadas ao prazer, ao suprimento de necessidades humanas e, ainda, à socialização na comunidade onde está inserido.

Por outro lado, acredita-se que o maior índice de cárie no quilombo rural de Capivari do Sul deve-se ao fato de ser esta a comunidade desassistida pelos benefícios advindos da água de abastecimento público fluoretada. Pode-se atribuir isso à ação protetora do flúor no esmalte dentário, as frequentes desmineralizações e remineralizações do esmalte dentário ocorrem diversas vezes durante a vida. O processo de desmineralização ocorre quando há uma queda no pH bucal (pH menor que 5,5). O flúor atua na fase da remineralização, formando fluoreto de cálcio que precipita-se sobre o esmalte dentário tornando a superfície dentária mais resistente a desmineralização e, conseqüentemente, à carie. O consumo de água fluoretada permite que a população seja exposta frequentemente a pequenos níveis de flúor diariamente, constituindo-se em uma ação muito efetiva na prevenção da doença cárie. Sendo assim, o abastecimento de água fluoretada demonstra extremamente importante no âmbito coletivo. Levando isto em consideração compreende-se o fato de a comunidade de Capivari do Sul apresentar um maior índice de cárie quando comparada a comunidade dos Alpes, que possui acesso à água fluoretada.

Interessante ressaltar que com relação à dieta, o quilombo de Capivari do Sul (Costa da Lagoa) se diferencia do quilombo dos Alpes por plantar grande parte do que é consumido por eles, característica de populações que vivem na zona rural. Logo, não consomem tantos alimentos industrializados, como a comunidade urbana dos quilombos dos Alpes, que tem como tradição do cultivo apenas de ervas medicinais e temperos.

Mas independentemente do fato supra citado, a comunidade quilombola urbana tem mais facilidade de acesso ao serviços odontológico do município. Existe uma Unidade Básica de Saúde próxima ao quilombo dos Alpes com cirurgiões dentistas e estagiários de

universidade que prestam atendimento seja ele curativo ou preventivo-educativo, perfil este, completamente diferente da comunidade quilombola rural, que não tem facilidade de acesso.

Com relação à maneira que vivem, suas práticas e costumes, pôde-se constatar que ambas as comunidades ainda conservavam muitos traços de suas tradições. No quilombo dos Alpes, por exemplo, a religião predominante entre os quilombolas era o candomblé, credo trazido pelos negros africanos ao Brasil. A comunidade valorizava muito a religião, demonstrando sua fé através de oferendas dedicadas aos orixás e realizando festas em homenagem aos mesmos. No quilombo de Capivari, ainda que menos expressiva, a religião africana também era a eleita pela maioria das famílias quilombolas. No que diz respeito às suas lutas por terra, houve uma similaridade entre as falas das duas representantes dos quilombos. Ambas relataram muitos conflitos até conseguirem ter suas terras reconhecidas. O quilombo Costa da Lagoa foi reconhecido e recebeu suas terras recentemente. O quilombo dos Alpes, apesar de reconhecido formalmente desde 2005, ainda recebe investidas de imobiliárias que ameaçam a sua estabilidade territorial.

Ressalta-se aqui que a partir do Decreto 4887/03, publicado no Diário Oficial da União<sup>22</sup> ficou transferida do Ministério da Cultura para o Incra a competência para a delimitação das terras dos remanescentes das comunidades dos quilombos, bem como a determinação de suas demarcações e titulações.

Interessante destacar que em 12 de março de 2004, o Governo Federal lançou o Programa Brasil Quilombola (PBQ) como uma política de Estado para as áreas remanescentes de quilombos. Este programa reúne diversas ações inseridas nos diversos órgãos governamentais, e possuem como meta a garantia do acesso à terra através da regularização fundiária, ações de saúde e educação, construção de moradias, eletrificação, recuperação ambiental, incentivo ao desenvolvimento local (fruto de parcerias entre SEPPIR, Eletrobrás, Petrobrás, Caixa Econômica Federal, Fundação Universidade de Brasília e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), pleno atendimento das famílias quilombolas pelos programas sociais, como o Bolsa Família, e medidas de preservação e promoção das manifestações culturais quilombolas. Dentre todas essas ações citadas, a política de regularização é atribuição do Incra<sup>23</sup>.

Apesar do PBQ em pleno vigor há 10 anos, observa-se que as duas comunidades apresentam um baixo nível socioeconômico. Mais de 60% dos quilombolas avaliados de ambas as comunidades possuem até o 1º grau incompleto e, a maioria das famílias tem como renda mensal de até um salário mínimo sendo que em sua maioria eram compostas por 3 a 5

moradores por residência vivendo em situação precária, o que caracteriza estas populações estar abaixo da linha da pobreza.

Finalizando, apesar da progressiva democratização do acesso à saúde para a população quilombola, as condições de pobreza extrema prevalecem tanto para as comunidades que vivem nos centros urbanos como nas que vivem nos meio rurais e, conforme afirmado anteriormente contribuem substancialmente para a prevalência de doenças bucais. Fica um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde bucal às características de cada quilombo, se for um quilombola rural, o acesso será diferenciado dos de zona urbana. Também é importante que a formação do profissional de saúde esteja mais adaptada para atender à realidade vivida pela população quilombola brasileira através das reformas curriculares que contemplam os princípios do cuidado humanizado, integral e descentralizado à esta população.

Ações interdisciplinares em saúde, semelhante às adotadas no desenvolvimento desta pesquisa, para promover saúde através do atendimento a uma população quilombola desassistida do meio rural principalmente, devem ser adotadas pelas universidades de forma que haja uma contribuição para a sociedade e concomitantemente prepare o graduando para uma formação profissional inserida na realidade do país.



## **AGRADECIMENTOS**

As comunidades quilombolas Costa da Lagoa e dos Alpes que permitiram o desenvolvimento da referida pesquisa.

**TABELAS****Tabela 1** - Detecção de fluoreto (mgF/L) nas águas coletadas

<b>RESULTADOS</b>				
<b>Medida</b>	<b>LAGO</b>	<b>CASA 1</b>	<b>CASA 2</b>	<b>CASA3</b>
<b>Fluoreto</b>				Distante
<b>mgF/L</b>	0,12	0,14	0,10	ND

*LD =limite de detecção=0,10*

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

## REFERÊNCIAS

1. Freitas D. O Escravismo Brasileiro. 3. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991.
2. Anjos RSA, Cipriano A. Quilombola: Tradições e Cultura da Resistência. São Paulo: Aori Comunicações; 2006.
3. Ramires I, Buzalaf MA. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. 2007 jan-mai; 12(4): 1057- 1065.
4. Muller CB. Direitos Étnicos e Territorialização: dimensões da territorialidade em uma comunidade negra gaúcha. Porto Alegre: UFRGS; 2011
5. Maestre MJ. O escravo gaúcho. Resistencia e Trabalho. São Paulo: Brasiliense; 1984.
6. 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.
7. Nascimento A. O Quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista. Petrópolis: Vozes; 1980.
8. Linhares LF. Comunidade negra rural: um velho tema, uma nova discussão. *Ver Palmares em Ação*. 2002; 1(1).
9. Gomes F. Palmares: Escravidão e Liberdade no Atlântico Sul. São Paulo: Contexto; 2005.
10. Neto CS. Comunidades Negras Tradicionais do Paraná - Relato do trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho Clóvis Moura / Secretaria de Cultura do Estado do Paraná. Curitiba; 2006.
11. Brasília. Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília; set. 2006 [acesso em 27 out 2014]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao-orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cnpct>.

12. São Paulo. Comissão Pró-Índio de São Paulo, 2011. [acesso em 28 out 2014]  
Disponível em: <http://www.cpisp.org.br/terras/>.
13. Santos M, Santos R. Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Combate à Cárie Dentária. *Revi Bras de Ciênc da Saúde*. 2011; 15(1):75-80.
14. Narvai P. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):381-392.
15. Cury JA. Flúor: dos 8 ao 80?. In: Bottino MA, Feller C. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo; Artes Médicas, 1992. p.375-82.
16. Featherstone JD. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1999; 27(1):3-40.
17. Frias AC, Narvai PC, Araujo ME, Zilobovicius C, Antunes JLF. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso \_ Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2006 jun; 22(6):1237-1246.
18. Narvai PC et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Pan Sal Púb*. 2006 jun; 19(6).
19. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(6):1695-1700.
20. Araujo MT, Campos EJ, Rodrigues CS, Serravale LS, Lima MJ, Araujo DB. Ação do fluoreto de dentifrícios sobre o esmalte dentário. *Rev Ci Méd Biol*. 2002; 1(1):16-32.
21. Porto Alegre. Portaria n.º 10/99 de 11 de agosto de 1999. Define teores de concentração do íon fluoreto nas águas para consumo humano fornecidas por Sistemas Públicos de Abastecimento. 1999 agost. 22 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm).
22. Brasília. Decreto n° 4.887 de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*. 2003 nov.

20 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em:

<https://quilombos.wordpress.com/legislacao/>.

23. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Agrário [BR] Quilombolas, Programa Brasil Quilombola (PBQ),2004 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em:

<http://www.incra.gov.br/quilombolas>.

*(Será encaminhada para a Revista **O Mundo da Saúde**)*

### **3 CONCLUSÕES**

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico das populações quilombolas rural e urbana: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

A comunidade quilombola rural apresentou um percentual maior de dentes cariados e perdas dentárias sugestivo de ser uma população desassistida pelos benefícios advindos da água de abastecimento público fluoretada e assistência odontológica preventiva-educativa.

## ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

### **Ficha de Avaliação Odontológica**

Nome:

Família:

Data de Nascimento:

### IPV

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= placa visível

0= sem placa visível

### ISG

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= sangramento

0= sem sangramento

### CPOD

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Código H para Dente Hígido  
 Código O para Dente Restaurado  
 Código E para Extração Indicada

Código C para Dente Cariado  
 Código P para Dente Extraído  
 Código A para Dente Ausente

## ANEXO B - FICHA DA CRIANÇA

### DADOS DA CRIANÇA

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

IMC = peso/altura<sup>2</sup>:

PA:

HGT:

Como você descreveria a sua alimentação? Considere a base

da pirâmide o que você come em maior quantidade ou com maior frequência e o pico da pirâmide o que você come em menor

quantidade ou com menor frequência.

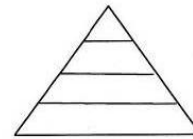
IDADE	MENINAS	MENINOS
2	18,0	18,4
3	17,6	17,9
4	17,3	17,6
5	17,1	17,4
6	17,3	17,6
7	17,8	17,9
8	18,3	18,4
9	19,1	19,1
10	19,9	19,8
11	20,7	20,6
12	21,7	21,2
13	22,6	21,9
14	23,3	22,6
15	23,9	23,3
16	24,4	23,9
17	24,7	24,5
18	25	25

1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doces

2- Leite e Derivados / Carnes e Ovos / Leguminosas

3- Hortaliças / Frutas

4- Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes



Você utiliza muito sal na sua comida? ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Muito

Você pratica exercícios? ( ) sim ( ) não

Quantas vezes por semana? ( ) uma vez ( ) duas vezes ( ) três vezes ( ) quatro vezes ou mais

Que medicamentos você utiliza? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ANEXO C - FICHA DO ADULTO

### DADOS DO ADULTO

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

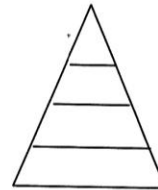
IMC = peso/altura<sup>2</sup>:

PA:

HGT:

Como você descreveria a sua alimentação? Considere a base da pirâmide o que você come em maior quantidade ou com maior frequência e o pico da pirâmide o que você em menor quantidade ou com menor frequência.

- 1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doces
- 2- Leite e Derivados / Carnes e Ovos / Leguminosas
- 3- Hortaliças / Frutas
- 4- Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes



Você utiliza muito sal na sua comida? ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Muito

Você pratica exercícios? ( ) sim ( ) não

Quantas vezes por semana? ( ) uma vez ( ) duas vezes ( ) três vezes ( ) quatro vezes ou mais

Que medicamentos você utiliza? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

---



---



---

## ANEXO D - FICHA DO CUIDADOR

### DADOS DO CUIDADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Parentesco: ( ) mãe ( ) pai ( ) avó ( ) avô ( ) tia ( ) tio ( ) irmão ( ) irmã ( ) outro  
 Ocupação: ( ) Empregado \_\_\_\_\_ ( ) Desempregado  
 Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

**1- Escolaridade:**

- ( ) Analfabeto  
 ( ) 1º Grau Incompleto  
 ( ) 1º Grau Completo  
 ( ) 2º Grau Incompleto  
 ( ) 2º Grau Completo  
 ( ) 3º Grau Completo

**2- Renda Familiar:**

- ( ) Até 1 Salário Mínimo/SM  
 ( ) De 1 a 2 SM  
 ( ) De 3 a 5 SM  
 ( ) Mais de 5 SM

**3- Habitação**

**3.1 Tipo de Casa:**

- ( ) madeira  
 ( ) alvenaria  
 ( ) mista  
 ( ) outros

**3.2 Número de peças:**

- ( ) até 2  
 ( ) de 3 a 5  
 ( ) mais de 5

**3.3 Banheiro:**

- ( ) no corpo da casa  
 ( ) fora da casa  
 ( ) não apresenta

**3.4 Número de torneira:**

- ( ) nenhuma  
 ( ) até 2  
 ( ) 3 ou mais

**3.5 Número de Moradores:**

- ( ) até 2  
 ( ) de 3 a 5  
 ( ) mais de 5

**3.6 Dejetos:**

- ( ) fossa séptica  
 ( ) fossa seca  
 ( ) direto na sua  
 ( ) rede de esgoto

**4- Higiene Bucal:**

**4.1 Já recebeu alguma orientação de que se deve e como se deve fazer higiene bucal?**  
 ( ) Não ( ) Sim - De quem? \_\_\_\_\_

**4.2 Quantas vezes ao dia as pessoas desta casa costumam fazer a Higiene Bucal?**

- ( ) No máximo 1x ao dia  
 ( ) De 2x a 3x ao dia  
 ( ) Mais de 4x ao dia

**4.3 As crianças menores que residem aqui abaixo de 6 anos são supervisionadas durante a escovação dentária? ( ) Não ( ) Sim, e Se alguém faz a escovação dentária delas? ( ) Sim ( ) Não. Quem? \_\_\_\_\_**

**4.4 Qual a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições (da família)?**

- ( ) 1x ao dia  
 ( ) 2x ao dia  
 ( ) 3x ao dia

**4.5 Qual o número de refeições diárias que as pessoas desta casa costumam fazer?**

- ( ) 1x ao dia  
 ( ) de 2 a 3x ao dia  
 ( ) mais de 4 ao dia

**ANEXO E - FICHA DO OBSERVADOR****GUIA DO OBSERVADOR**

Nº prontuário da família:

Nº moradores da casa:

Qual a renda familiar? Quantas pessoas dependam dela?

Quantas peças a casa possui?

Onde se localiza o banheiro: Dentro da casa ( ) Fora da casa ( ) Não possui ( )

Dejetos: Fossa Séptica ( ) Fossa seca ( ) Rede de Esgoto ( ) Diretamente na rua ( )

**ANOTAÇÕES:**

Observar o ambiente de modo geral, a higiene, os animais domésticos, anotar o que chamar a sua atenção e perguntar as famílias que têm animais:

1. Seu cavalo tem chip? \_\_\_\_\_

2. Seu cão é vacinado? \_\_\_\_\_.

---

---

---

---

## ANEXO F – QUESTIONÁRIO DAS ÁGUAS

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 ? ( ) NÃO ( ) SIM 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? ( ) NÃO ( ) SIM Caso afirmativo, a cada seis meses ( ) NÃO ( ) SIM

9- Você tem alguma doença ? ( ) NÃO ( ) SIM Caso afirmativo qual? \_\_\_\_\_

10 .Que nota daria para a sua saúde?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

.Que nota daria para a sua família?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10