

VULNERABILIDADE EM SAÚDE BUCAL: AUSÊNCIA DE FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO EM UMA COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA

VULNERABILITY IN ORAL HEALTH: LACK OF FLUORIDE IN PUBLIC SUPPLY WATER IN A QUILOMBOLA REMAINING COMMUNITY

¹Jéssica Guimarães DIAS, <https://orcid.org/0000-0002-8824-6368>, UFT.

¹Bruno Lopes PEREIRA, <https://orcid.org/0000-0001-6723-8660>, UFT.

²Priciane Correa RIBEIRO, <https://orcid.org/0000-0001-8865-9421>, UFT.

²Lilyan Rosmery Luizaga MONTEIRO, <https://orcid.org/0000-0001-5444-5767>. UFT.

¹Acadêmico(a) do Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, Universidade Federal do Tocantins-UFT, Araguaína-TO, Brasil. Av. Paraguai, esq. c/Rua Uxiramas, s/nº, Setor CIMBA, Araguaína, Tocantins, Brasil. CEP: 77.824-838.
(63) 34148517 / (63) 999145958 / jessica-guidias@hotmail.com

²Professora do Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, Universidade Federal do Tocantins-UFT, Araguaína-TO, Brasil. Av. Paraguai, esq. c/Rua Uxiramas, s/nº, Setor CIMBA, Araguaína, Tocantins, Brasil.
CEP: 77.824-838. jessica-guidias@hotmail.com

Resumo: É de conhecimento comum, entre os profissionais da área, a necessidade da presença contínua de flúor durante a mineralização do dente para lhe conferir maior resistência à superfície do esmalte dentário, sendo a fluoretação da água de consumo a forma mais simples para prevenir a cárie dentária a nível populacional, e que ainda se encontra amparada na legislação brasileira (Lei nº 6.050/1974). Através deste estudo objetivamos refletir as vulnerabilidades presentes na Comunidade Remanescente Quilombola de Cocalinho em Santa Fé do Araguaia – Tocantins - que determinam riscos à má saúde bucal na sua população. A pesquisa foi documental, com levantamento de dados secundários e indagações *in loco*. Os dados do Serviço Autônomo de Água e Esgoto, SAAE, indicaram a precariedade do tratamento da água de abastecimento público da comunidade, contando apenas com cloração e não fluoretação. Os indicadores do Ministério da Saúde mostraram baixo investimento com assistência social e uma proporção de dentistas inferior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apenas 0,3 por 1.000 habitantes; esta precariedade refletiu no aumento do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS=0,435) em relação à

média do estado (IVS=0,336) e no baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do município em estudo, que foi de 0,616. Concluimos que a comunidade quilombola rural de Cocalinho está desassistida dos benefícios advindos da água de abastecimento público fluoretada e da assistência odontológica preventiva, permitindo antever um aumento do risco do desenvolvimento de doença bucal nesta população.

Palavras chaves: Saúde bucal. Fluoretação. Política Pública.

Abstract: It is common knowledge among professionals in the field that fluoride should be continuously present during tooth mineralization to give it greater resistance to the surface of tooth enamel. Drinking water is the simplest way to prevent tooth decay. at the population level, which is still supported by Brazilian legislation (Law No. 6.050 / 1974). Through this study, conducted in the Quilombola Remaining Community of Cocalinho in Santa Fe do Araguaia - Tocantins, we aimed to reflect the vulnerabilities present in this community that determine risks of poor oral health. The research was documentary, with survey of secondary data and questions in loco. Data from the Autonomous Water and Sewerage Service (SAAE) indicated the precariousness of the treatment of the community's public water supply, with only chlorination and non-fluoridation. The Ministry of Health indicators showed low investment in social assistance and a lower proportion of dentists than recommended by the World Health Organization, only 0.3 per 1,000 population; this precariousness reflected in the increase of the Social Vulnerability Index (IVS = 0.435) in relation to the state average (IVS = 0.336) and the low HDI (Human Development Index) of the municipality under study, which was 0.616. We conclude that the rural quilombola community of Cocalinho is unaware of the benefits of fluoridated public water supply and preventive dental care, allowing us to foresee an increased risk of developing oral disease in this population.

Keywords: Oral health; Fluoridation; Public policy.

1. INTRODUÇÃO

Considerando o aspecto de tratamento da água e acréscimo do Flúor como fator preventivo, apesar de haver muitas controvérsias em relação ao seu risco e benefício, a presença de fluoreto em água de consumo, em níveis recomendados, é a forma mais eficaz em relação ao custo benefício

para a prevenção de cáries (BULCÃO & REBELO, 2009). O Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (EUA) considera a medida como um dos dez mais importantes êxitos da saúde pública do século XX (CDCP - Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Outras grandes organizações de saúde e ciência, como, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde

(OMS), Associação Internacional de Pesquisa Odontológica e Organização Pan-Americana de Saúde, também acreditam na eficácia do método (ZIMMER & JAHN, 2003).

Em 1974 foi aprovada a Lei 6.050, quando foi determinada a obrigatoriedade do método da fluoretação das águas de abastecimento público (BRASIL. Lei nº6.050, 1974). Em 2011 o Ministério da Saúde emitiu a portaria 2.914 que estabeleceu parâmetros aceitáveis para potabilidade das águas de abastecimento público, estabelecendo o controle da quantidade ideal do flúor para consumo humano, em que o teor máximo permitido para o íon seria de 1,5 miligramas por litro de água (mgF/L) (BRASIL. Portaria nº 2.914, 2011).

No passado, acreditava-se que o flúor prevenia a cárie de forma permanente, uma vez que a exposição ao íon ocorresse nas fases de constituição do esmalte dentário, em que o dente tornar-se-ia mais resistente aos ácidos metabolizados pelas bactérias (CHAVES, 1977). Porém, está hipótese foi considerada falsa, pois é sabido que, mesmo que tenha determinada quantidade de flúor durante a mineralização do dente, o mesmo somente proporciona maior resistência à superfície do esmalte dentário por meio de presença contínua. Isso se deve ao fato do dente sofrer continuamente quedas de pH e, conseqüentemente, desmineralização a partir da própria dieta do indivíduo. Portanto, a ação do flúor consiste em possuir menor solubilidade a ácidos quando comparamos um esmalte dentário sem a presença do íon (FEATHERSTONE, 1999). Logo, os efeitos benéficos do flúor se devem a presença contínua, em pequenas quantidades, ao longo da vida de uma pessoa (CURY, 1992), e isso é conseguido com êxito nas águas de abastecimento,

uma vez que a dosagem esteja correta, seguindo um monitoramento adequado.

Pelo exposto acima se conclui que a fluoretação das águas é o meio mais eficiente em relação custo/benefício para introduzi-lo de forma a prevenir a cárie dentária (BULCÃO & REBELO, 2009), e neste contexto, o presente artigo objetivou refletir as vulnerabilidades, considerando os riscos da má saúde bucal, ao qual estão expostos os indivíduos privados do acesso às estratégias de saúde preventiva. A pesquisa tomou por base os estudos de saúde bucal que apontam o método de fluoretação como fundamental para prevenção de cáries, sobretudo, onde não há acesso ao íon por outros meios como géis e vernizes. Para o estudo de caso foi escolhida a comunidade Remanescente de Quilombos, Cocalinho, situada no município de Santa Fé do Araguaia, no estado do Tocantins. A proposta partiu da hipótese que esta comunidade está vulnerável no que se refere à saúde, uma vez que são descritos entre estes grupos, da região Norte, os piores índices de acesso ao saneamento e à saúde bucal. Este trabalho ainda buscou mostrar as vulnerabilidades da comunidade de Cocalinho a partir dos levantamentos dos índices de investimentos sociais e de saúde do Município de Santa Fé do Araguaia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Políticas públicas para Comunidades quilombolas com ênfase em saúde bucal

Populações tradicionais são entendidas como aquelas populações que detêm a cultura baseada nas interações com o ambiente; com a vegetação; com os animais; e com o clima. Essas

interações direcionam os modos de vida, até então, descritos pela literatura científica através das atividades-base de extrativismo, pesca e caça para subsistência da população, e que sustentam as crenças, os mitos e a maneira de enxergar os demais indivíduos baseados em sua ancestralidade. A organização social dentro das populações tradicionais é direcionada pelo trabalho coletivo, pela cooperação e pela autogestão (TOCANTINS, 2016).

Entretanto, as populações tradicionais podem ser afetadas por fatores externos, condições extrínsecas ao indivíduo, mas que condicionam determinados grupos às condições extremas de exposição aos diferentes riscos. Segundo Rogers e Ballatyne (ROGERS & BELLATYNE, 2008, p. 32), “A vulnerabilidade extrínseca ocorre quando são negados, injustamente, direitos sociais e políticos a certos grupos. Essa categoria de vulnerabilidade é referenciada como “falta de poder (ROGERS & BELLATYNE, 2008)” e, ainda segundo as autoras são “[...] Populações vulneráveis devido à falta de poder em sua comunidade são mais suscetíveis a serem expostas a riscos adicionais, para além daqueles normais de saúde, como resultado da participação em pesquisas biomédicas (ROGERS & BELLATYNE, 2008, p. 33).

Apesar dos direitos constitucionais, como o direito à terra, muitas comunidades permanecem na luta pela regularização do seu território, como no caso de Cocalinho que ainda se encontra em desvantagem nesse quesito. A vulnerabilidade para essas populações perpassa o socioeconômico, entrando em uma questão étnica racial, através de sua história, de suas tradições e de sua cultura. Nesse sentido, o Governo Federal criou, em 2004, o “Programa Brasil Quilombola” (PBQ), com pretensão de consolidar as políticas

de Estado para comunidades quilombolas. O PBQ é coordenado pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e se integra a outros ministérios envolvendo, deste modo, educação, cultura, saúde, agricultura e segurança alimentar, entre outros (MORAES, 2012).

Dentre as ações do PBQ, temos a criação da Agenda Social Quilombola (ASQ) que visa consolidar a política de estado para as áreas quilombolas no decreto 6261/2007 (BRASIL, 2007). A ASQ possui ações em várias áreas como: o acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, inclusão produtiva e desenvolvimento local, direitos e cidadania (BRASIL, 2013); essas ações estão mais concentradas em saneamento e infraestrutura. O guia de Políticas Públicas para comunidades Quilombolas informa

O programa Brasil quilombola também contribuiu de forma significativa para o alcance dos objetivos do Plano Brasil sem Miséria. Isso porque parte significativa das comunidades quilombolas é o público alvo do Brasil sem miséria: segundo dados do MDS, pelo menos 74,7% famílias quilombolas situam-se abaixo da linha da extrema pobreza (BRASIL, 2013, p. 12).

Para o Ministério da Saúde, ações para comunidades quilombolas são geradas a partir do princípio da equidade, através da extensão de ações existentes, como o Programa de Habitação e Saneamento, as ações de segurança alimentar e nutricional e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ademais, realizam-se oficinas de mobilização social e educação em saúde naqueles

municípios com população inferior a 30 mil habitantes visando o planejamento e execução do saneamento básico (CALHEIROS & STADTLER, 2010). A Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.434, ainda com a finalidade de equidade, incluiu um adicional de 50% para incentivos em Saúde da Família e Saúde Bucal também para municípios com menos de 30 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Comunidades quilombolas e assentamentos rurais, independentemente dos índices numéricos estabelecidos na portaria, incluem-se nesta proposta. Portanto, o Ministério da Saúde pela primeira vez utilizou indicadores socioeconômicos como parâmetro para financiamento de suas propostas (MACHADO, BAPTISTA, & LIMA, 2010).

Para o ESF, a ASQ (BRASIL, 2007) possibilita um repasse 50% maior para municípios com a presença de quilombolas e assentados, por meio da portaria 90/GM de 17 de janeiro de 2008. Especificamente sobre a Saúde Bucal, os quilombolas devem estar dentro das linhas de ação do Brasil Sorridente, as quais incluem: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação de Atenção Especializada (Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. O objetivo dessas ações de saúde bucal para os quilombolas é garantir a equidade, a universalização e a integralidade, além de um tratamento não-mutilador.

Apesar da legislação, as comunidades quilombolas enfrentam muitas dificuldades no acesso às Políticas Públicas de saúde, além das condições sanitárias insuficientes, pois muitos não possuem acesso a água tratada, ao esgoto

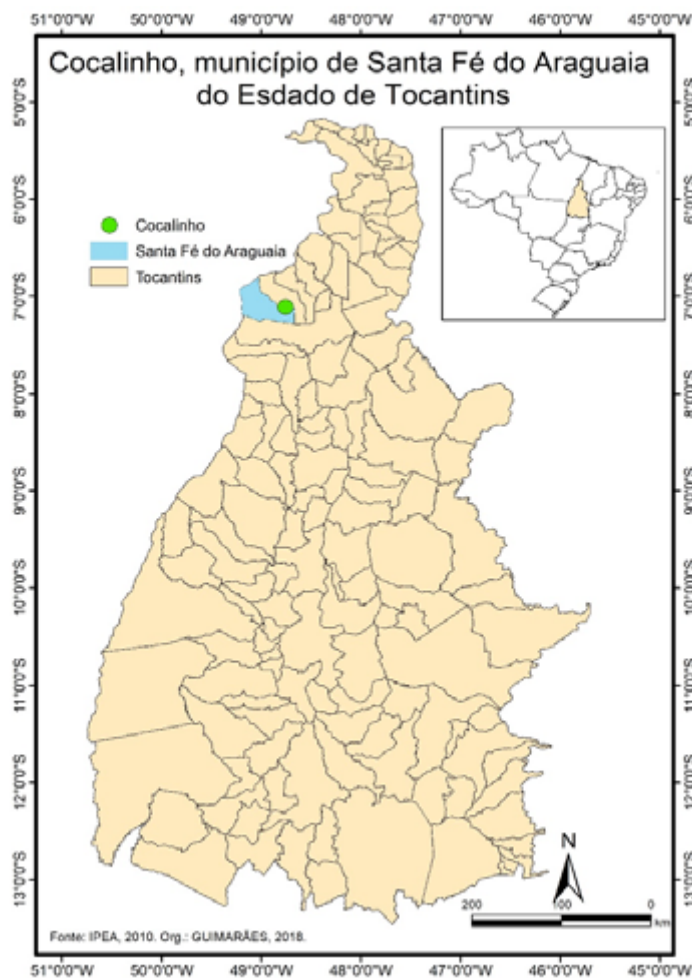
e a fluoretação da água de abastecimento (BRASIL, 2013). Neste sentido, entre as principais reivindicações dessas comunidades estão, além da regularização fundiária, o acesso às políticas de educação, saúde, saneamento básico e eletrificação (DOMINGUES & GOMES, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1 Área do estudo

Cocalinho configura-se como um povoado na zona rural do município de Santa Fé do Araguaia-TO. Do povoado até a área urbana da cidade de Santa Fé do Araguaia são aproximadamente sete quilômetros (Figura 1), o município possui 7.054 habitantes (IBGE, 2017) e está a 450 km da capital do Estado, Palmas. Cocalinho possui 200 famílias fazendo parte da Associação da Comunidade Quilombola de Cocalinho (ACQC) e aproximadamente 600 habitantes. Esta comunidade foi classificada como Remanescente de Quilombos “grupos étnico-raciais” - com base em critérios de auto atribuição, com configuração histórica e relações territoriais próprias, e com ancestralidade negra relacionada à resistência e à opressão histórica sofrida” (BRASIL. Decreto nº 4.887, 2003), sendo reconhecida pela Fundação Zumbi dos Palmares em 2006 (BRASIL, 2016).

Figura 1 – Mapa com a localização geográfica de Cocalinho, município de Santa Fé do Araguaína-TO.



3.2 Levantamento documental

Neste trabalho hipotetizamos que os moradores da Comunidade de Cocalinho estão vulneráveis quanto aos aspectos de saúde bucal tanto pelo tratamento precário da água de abastecimento na Comunidade, o qual não incluiria a adição do flúor na água, quanto pelos investimentos insuficientes em promoção/prevenção em saúde. Para testar esta hipótese buscamos investigar: (1) a presença/ausência de flúor na água de abastecimento público por meio da consulta às contas de água enviadas pela prefeitura e disponibilizadas pelos próprios moradores durante visita à comunidade, durante o período de janeiro a abril de 2019; e (2) os indicadores sócio-econômico, demográficos e

de saúde para a região de Santa Fé do Araguaia nos seguintes bancos de dados do Ministério da Saúde: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (BRASIL, 2010) do ano de 2010, Instituto de pesquisa Econômicas Aplicadas (IPEA, s.d.) no período de 2005 a 2015 e DATASUS de 2009 (BRASIL, 2009). A partir destes dados documentais buscamos mostrar aspectos dos investimentos sociais e em saúde que refletiriam o estado de vulnerabilidade da população.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O abastecimento de água no povoado de Cocalinhos é realizado através do Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) da própria prefeitura municipal de Santa Fé do Araguaia

– TO, embora, de acordo com Agenda Social Quilombola (ASQ), este abastecimento deveria ser efetuado pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), como previsto no Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007). Segundo os extratos das contas de água fornecidos pelo SAAE aos moradores, de janeiro a abril de 2019, a qualidade da água foi avaliada apenas pelos parâmetros de concentração de íon cloreto, potencial hidrogeniônico (pH) e turbidez. Contudo, ainda que os valores apresentados para aqueles índices indicassem a potabilidade da água como recomendado na Resolução CONAMA 357/2005 (BRASIL. Resolução nº 357, 2005) para parâmetros físico-químicos, os extratos não mostram presença de fluoreto na água de abastecimento da comunidade, deixando antever a precariedade do saneamento básico na comunidade remanescente Quilombola de Cocalinho.

O monitoramento de parâmetros como o flúor é previsto na legislação (Lei 6.050/74 e Portaria 2.914/11) (BRASIL. Lei nº 6.050, 1974), e além deste descumprimento, nos meses de janeiro e fevereiro, a precariedade do controle e saneamento da água na localidade também foi atestada pela falta dos parâmetros microbiológicos, como os coliformes fecais, que deveriam ser indicados como ausentes na água para consumo humano. Estes achados evidenciam que o povoado possui um sistema de abastecimento de água primário, representado pelo tratamento simplificado, que segundo informações dos próprios agentes de saúde da comunidade, se dá apenas pela adição de pastilhas de cloro na água captada de um poço artesiano. Contudo, é preciso destacar que a partir dos extratos de março e abril foram verificados os parâmetros indicativos de ausência de contaminantes microbiológicos na água.

Além da lei 6.050/74, ainda seria previsto pelo decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007 (BRASIL. Lei nº 6.050, 1974), em uma legislação própria para comunidades tradicionais, a adição de Flúor para essas comunidades. Dessa forma, a população é privada do acesso ao flúor via água de abastecimento e parece não haver programas preventivos de saúde bucal que possa garantir o acesso ao flúor através de outros métodos como géis ou vernizes. Neste sentido, Cocalinho só conta com o atendimento curativo para solucionar suas necessidades odontológicas. Ainda segundo moradores, esse atendimento é realizado apenas uma vez por semana sendo assim difícil o acesso, pois a comunidade conta com cerca de 600 moradores.

Quando consideramos a saúde bucal, a cárie dentária pode ser entendida como um processo multifatorial desencadeado pelo desequilíbrio fisiológico que se manifesta nas estruturas dentárias (LIMA, 2007) e se constitui no principal problema de saúde bucal pública no Brasil (CASTRO, 2008). A prevenção da cárie está relacionada a fluoretação das águas de abastecimento público, o qual é lei federal e abrange grande parte da população. Porém, em algumas populações, apesar de existir uma rede de água, não há a presença de flúor na mesma, tornando estas comunidades mais vulneráveis, como sugerido aqui para o povoado de Cocalinho.

Ao expandirmos o olhar para o município em que se encontra Cocalinho, Santa Fé do Araguaína-TO, podemos observar uma realidade semelhante, uma vez que existem apenas dois cirurgiões dentistas para todo o município, sendo ainda um para zona rural e um para a zona urbana (BRASIL, 2009), ou seja, uma proporção de 0,3 por 1.000 habitantes. O que está muito abaixo

do número de profissionais recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 1 (um) cirurgião-dentista (CD) para cada 1.500 (mil e quinhentos) habitantes (JEURON & SANTIAGO, 1999). Considerando os dados da OMS, Santa Fé deveria ter em média 4,9 profissionais, já que sua população é de 7.402 habitantes (IBGE, 2017), ou seja, Santa Fé possui menos da metade de Cirurgiões Dentistas segundo os dados da OMS. Além disso, apesar do decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007 descrever a ampliação e a qualificação da atenção especializada (através dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios regionais de Prótese Dentária) para comunidades quilombolas, Cocalinho conta apenas com atenção básica em condições descritas acima.

Apesar do grande benefício em relação à prevenção de cáries, o flúor em teores elevados pode causar inúmeros prejuízos à saúde, como a fluorose dentária que é o primeiro sinal clínico de intoxicação com o íon. Além disso, há estudos na literatura sobre intoxicação por flúor com efeitos neurotóxicos, perda da atividade motora normal, aumento de resistência à insulina, hipotireoidismo, alterações ósseas, como osteosclerose, osteoporose, entre outros (HARINARAYAN, KOCHUPILLAI, MADHU, GUPTA, & PJ, 2006). Essas pesquisas relatam que o flúor é nocivo para a saúde, porém em concentrações que ultrapassam o recomendado pelo Ministério da saúde. Por isso ressalta-se que há um grande custo benefício para prevenção de cárie, desde que haja um monitoramento correto quantos aos teores. Populações sem esse benefício, portanto, estão mais susceptíveis há problemas bucais.

Entretanto, em meio a toda uma questão bioética no que diz respeito à fluoretação das

águas de abastecimento, o método ainda é considerado eficaz e seguro, tanto que foi o assunto mais discutido nas três conferências nacionais de saúde bucal do país, em 1986, 1993 e 2004 (NARVAI, FRAZÃO, & FERNANDEZ, 2004). Sendo “o método”, uma das prioridades das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o qual dispõe:

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas, ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Neste sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da Lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS (BRASIL, 2004, p. 09).

Porém, apesar de ser assegurado por lei, Cocalinho continua exposta ao risco de cárie pela falta de flúor e pela carência nos serviços odontológico público. A pesquisa realizada durante as atividades de extensão em saúde (DIAS, MELO, & RIBEIRO, 2018) na escola da comunidade no último ano revelou que 100%

dos amostrados possuíam a higiene bucal regular ou péssima. A cárie estava presente em 72,41% dos indivíduos, e 31,03% deles já haviam perdido algum elemento dentário, o que é ainda mais agravante quando consideramos que o estudo envolveu jovens entre 10 e 17 anos de idade (DIAS, MELO, & RIBEIRO, 2018). Muitas vezes essa perda de dentes precoce pode ser causada também pela cárie dentária (SCHMIDT, 2001). Diagnosticou-se ainda 72,41% dos estudantes com necessidade de tratamento Ortodôntico³ e que apenas um, do total da amostra, teve acesso a esse serviço, o que comprovou a desassistência na comunidade pela carência de tratamento especializado. Além disso, 79,31% dos estudantes não relataram queixa principal, o que segundo os autores, pode ser um indicativo da ausência de percepção de problemas bucais pelos escolares (DIAS, MELO, & RIBEIRO, 2018). Esta incapacidade de perceber sua própria condição significa perda de liberdade para mudar suas condições, como apontado na teoria das capacitações de Amartia Sen (SEN, 2010), na qual o autor afirma que as pessoas devem ter ativos para sair da vulnerabilidade.

É sabido que há falta de infraestrutura e de investimentos para o setor de saneamento básico em geral, principalmente, em comunidade rurais e periféricas. Essa realidade também implica no método de fluoretação das águas de abastecimento público, pois a falta de infraestrutura laboratorial e técnica para mensuração periódica de teores de flúor nas águas de abastecimento público é um problema para localidades de pequeno ou médio porte, como no caso da comunidade estudada. Essa situação costuma ser corriqueira nessas regiões onde a população mais precisa do flúor,

pois condições sociais precárias estão relacionadas à má higiene oral, e, portanto, a necessidade do flúor torna-se ainda mais necessária. No entanto, sem análises periódicas, o flúor pode sim se tornar um vilão para a saúde em geral, causando graves complicações e até a morte em casos de intoxicação aguda além de outros efeitos tóxicos.

Alguns países desenvolvidos e com alto IDH estão retirando o sistema de fluoretação das águas, por considerarem perigoso para a saúde. Entretanto, em relação à saúde bucal, não podemos comparar a realidade Brasileiras com países desenvolvidos; quando consideramos o contexto das disparidades entre as regiões, o método do CPOD, por exemplo, evidencia que a fluoretação ainda é necessária no país, principalmente, em locais menos desenvolvidos, onde a população dificilmente terá acesso a outras formas de prevenção de cáries (géis e outros produtos com flúor). Ademais, há pesquisas que comprovam que a quantidade de cáries em crianças aumenta em locais onde a fluoretação das águas foi encerrada ou interrompida (RAMIRES & BUZALAF, 2007).

O índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) utilizado em estudos epidemiológicos indica uma grande vulnerabilidade na Região Norte, onde está localizada a comunidade de Cocalinho. Neste sentido, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no Brasil em 2010 (SBBRASIL, 2011), o CPO-D encontrado aos 12 anos para todo o Brasil foi de 2,07 que correspondendo a uma redução de 26,2% em relação à pesquisa anterior, indicando a saída da condição de prevalência média (CPO-D entre 2,7 e 4,4) em 2003 para condição de prevalência leve (CPO-D entre 1,2 e 2,6), de acordo com a OMS,

³ A Ortodontia é o ramo da odontologia que previne ou trata o posicionamento irregular dos dentes (fonte: <https://www.dicio.com.br/ortodontia/>).

porém, apesar desse avanço no cenário nacional, há expressivas diferenças entre os CPO-Ds aos 12 anos de cada macrorregião do país, principalmente quando comparamos o Norte ao Sudeste, onde o índice foi de 3,16, e de 1,72 respectivamente (SBBRASIL, 2011).

Para contextualizar as vulnerabilidades regionais torna-se relevante aqui descrever o panorama social em que se encontra a Comunidade Tradicional e rural de Remanescentes de Quilombos estudada nessa pesquisa, e destacar alguns dados do município de Santa Fé do Araguaia, estado do Tocantins no norte do Brasil, onde Cocalinhos está situado, como a seguir:

As despesas com educação, saúde, administração, urbanismo e encargos especiais foram responsáveis por 85,50% das despesas municipais. Em assistência social, as despesas alcançaram 1,70% do orçamento total, valor esse inferior à média de todos os municípios do estado, de 4,86% (BRASIL, 2010, p. 30).

Além do baixo investimento social declarado acima, destaca-se que o município possui 149 famílias quilombolas cadastradas e, que destas, apenas 31 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2010). Além disso, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de Santa Fé do Araguaia, com valor de 0,616, estaria abaixo do IDH médio do estado do Tocantins no mesmo ano, que foi de 0,699 (IPEA, s.d.). Outro índice que chamou a atenção foi o IVS (Índice de Vulnerabilidade Social), que era de 0,435, e indicou a alta vulnerabilidade do município em relação ao índice médio para o Estado no mesmo ano, que

era de 0,336 – indicativo de média vulnerabilidade (IPEA, s.d.). Os dados mais atualizados colocam o Estado de Tocantins em baixa vulnerabilidade (IPEA, s.d.).

Podemos ressaltar que o município de Santa Fé do Araguaia encontra-se em situação de vulnerabilidade, em muitos aspectos, e como revelado em outros estudos, parece haver para a região uma relação estreita entre a cárie e os fatores socioeconômicos, além da relação destes dois últimos com as doenças ligadas a falta de saneamento básico. Portanto, o direito a saúde deve ser efetivado conforme descrito na carta magna:

Art. 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Neste sentido, Cocalinhos encontra-se em situação de vulnerabilidade social, pois direitos essenciais não estão sendo efetivados, requerendo, portanto, atuação de gestores públicos, da própria sociedade e das instituições de pesquisa para enfrentar esse impasse. Segundo Amartya Sen (SEN, 2010), para que haja desenvolvimento faz-se necessário a expansão da liberdade, mas para que tal feito seja alcançado, é preciso que as pessoas apresentem ativos sociais para saírem da situação de vulnerabilidade e passarem a ter liberdade de ação, e esta liberdade de ação está vinculada às oportunidades políticas, sociais e econômicas.

Um estudo sobre Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil (GUIOTOKU & et al, 2012) revelam para indicadores como cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese, que estes estão associados com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação à branca; esse estudo mostrou ainda que quando levantamos dados sobre fatores relacionados ao desenvolvimento humano, à distribuição de renda e ao acesso a políticas públicas em saúde tem-se maior vulnerabilidade de grupos populacionais negros (GUIOTOKU & et al, 2012).

Um estudo específico em comunidades quilombolas revela que estas possuem um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico: baixa remuneração e escolaridade. Além disso, as populações quilombolas rurais apresentam um percentual maior de dentes cariados e perdidos, o que sugere uma população desassistida pelos benefícios da água de abastecimento público fluoretada e da assistência odontológica preventiva-educativa (FIGUEIREDO, BENVENÚ, SILVEIRA, SILVA, & SILVA, 2016). Portanto, esse contexto não é uma realidade isolada em Cocalinho.

Ainda em relação à fluoretação do abastecimento público de água, podemos ressaltar que é um método seguro, eficaz e barato, que vem ajudando a humanidade a controlar e prevenir a Cárie ao longo do tempo (GARBIN, SANTOS, GARBIN, MOIMAZ, & SALIBA, 2017). O flúor é tóxico em certas concentrações, como já foi discutido. Porém se houver regulamentação torna-se bastante eficaz e seguro. Dentro dessas concentrações é preciso ressaltar até mesmo a temperatura para cada região, pois em regiões mais quentes como a Norte, o consumo de água é maior do que em outras regiões com clima frio

(GALAGAN & VERMILLION, 1957).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse artigo foi possível identificar um perfil de vulnerabilidade da comunidade de Cocalinho, principalmente, no que tange a saúde bucal. Apesar dos direitos constitucionais a comunidade parece desassistida de políticas públicas que viabilizam a fluoretação da água de abastecimento público e assistência odontológica preventiva. Verificou-se ainda que este cenário não é uma realidade apenas de Cocalinho, outras comunidades também sofrem com a privação desses serviços.

Apesar de toda a questão bioética que envolve o flúor, ele ainda é necessário no Brasil, em especial para comunidades que não possuem outra forma de acesso a meios preventivos em saúde bucal. Além de ser o meio mais custo efetivo para a prevenção de cáries, o que poderia gerar economia na atenção odontológica básica, por exemplo.

Contudo, ainda temos muito que avançar na aplicação de nossas Políticas Públicas, pois a legislação que está apenas no papel, deixa comunidades como Cocalinho em situação de vulnerabilidade.

Ressalta-se ainda a necessidade de se ampliar os estudos sobre os fatores associados ao estado de saúde bucal nestas comunidades como os socioeconômicos e nutricionais, que permitam direcionar os programas e garantir melhorias na saúde das populações mais vulneráveis.

6. FONTE DE FINANCIAMENTO: CAPES

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da republica federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. 2004. Acesso em 10 de janeiro de 2019, disponível em Ministério da Saúde: <http://bit.ly/2cdAFOx>.
- BRASIL. Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007 de 21 de Novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, cadernos de informações de saúde do Tocantins, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/to.htm>. Acesso em 24 de julho de 2018.
- BRASIL. Secretaria Nacional de assistência social. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/1718865%20-%20Santa%20Fé%20do%20Araguaia%20-%20TO.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2019.
- BRASIL. Secretaria de Políticas e Promoção da Igualdade Racial e Secretaria de Políticas para comunidades Tradicionais. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. Brasília-DF, 2013.
- BRASIL. Documento de área: certidões emitidas às comunidades remanescentes de quilombos (crqs) atualizada até a portaria nº 104/2016.
- BRASIL. Decreto nº 4.887 de 20 de Novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das disposições Constitucionais transitórias.
- BRASIL. Lei nº 6.050 de 24 de Maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Constituição Federal, 1988. Brasília-DF.
- BRASIL. Portaria nº 2.914 de 12 de Dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Disponível em BVSMS: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html. Acesso em 10 de março de 2019.
- BRASIL. Resolução nº 357 de 17 de Março de 2005. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de afluentes e dá outras providências. Brasília-DF.
- BULCÃO, L., & REBELO, M. Evaluation of the fluoride concentration in mineral water and guaraná-based soft drinks in Manaus, Amazonas. Rev Odonto Ciênc, 14(3), pp. 240-3. 2009.
- CALHEIROS, F., & STADTLER, H. Ethnic and power: quilombos in Brazilian public policy. Rev Katálysis, 13(1), pp. 133-9. 2010.
- CASTRO, M. Prevalência de oclusão normal e má-oclusão em escolares entre 7 e 11 anos na região da Grande Santa Luzia, Criciúma. 2008.
- CDCP - Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. MMWR, 48(41), pp. 933-40.
- CHAVES, M. Odontologia Social (2 ed.). Rio de Janeiro: Labor. 1977.
- CURY, J. Fluor: dos 8 aos 80? Em F. C. Bottino MA, Atualização na clínica odontológica (pp. 375-82). São Paulo: Artes Médicas. 1992.
- DIAS, J., MELO, A., & RIBEIRO, P. Saúde bucal dos adolescentes da comunidade remanescente de quilombo de Cocalinho, Santa Fé do Araguaia - TO. [VII seminário bem viver indígena da Universidade Federal do Tocantins]. (Setembro de 2018).
- DOMINGUES, P., & GOMES, F. Histórias dos Quilombos e Memórias dos Quilombolas no Brasil: revisitando um diálogo ausente na Lei 10.639/031. Revista da ABPN, 5(11), pp. 05-28. 2013.
- FEATHERSTONE, J. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride Community. Dent Oral Epidemiol, 27(1), pp. 31-40. 1999.
- FIGUEIREDO, M., BENVENÚ, B., SILVEIRA, P., SILVA, A., & SILVA, K. Saúde bucal e indicadores

REFERÊNCIAS

- socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. FOL - Faculdade de Odontologia de Lins, 26(2), pp. 61-73. 2016.
- GALAGAN, D., & VERMILLION, J. Determining optimum fluoride concentrations. Public Health Rep, 72(6), pp. 494-3. 1957.
- GARBIN, C., SANTOS, L., GARBIN, A., MOIMAZ, S., & SALIBA, O. Fluoretação da água de abastecimento público: uma abordagem bioética, legal e política. Rev Bioét (Impr.), 25(2), pp. 328-37. 2017.
- GUIOTOKU, S. K., & et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev Panam Salud Publica, 31(2), pp. 135-41.2012.
- HARINARAYAN, C., KOCHUPILLAI, N., MADHU, S., GUPTA, N., & PJ, M. Fluorotoxic metabolic bone disease: an osteo-renal syndrome caused by excess fluoride ingestion in the tropics. Bone, 39(4), pp. 904-14. 2006.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 09 de julho de 2018, disponível em Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de junho de 2017: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf.
- IPEA. Secretaria Nacional de assistência social . Acesso em 15 de julho de 2018, disponível em Atlas de Vulnerabilidade social: <http://ivs.ipea.gov.br/idex.php/pt/sobre>. Sem data.
- JEURON, F., & SANTIAGO, M. A formação de recursos humanos e o mercado de trabalho em odontologia. Rev do CROMG, 5(2), pp. 79-94. 1999.
- LIMA, J. Cárie dentária: um novo conceito. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, 12(6), pp. 119-130. 2007.
- MACHADO, C., BAPTISTA, T., & LIMA, L. O planejamento nacional da política pública de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Ciência e Saúde Coletiva, 15(5), pp. 2367-82.2010.
- MORAES, M. Políticas Públicas e a afro-brasileira: uma reflexão sobre ações de um Estado Laico. Ciencias Sociales y Religión, 14(16), pp. 39-59. 2012.
- NARVAI, P., FRAZÃO, P., & FERNANDEZ, R. Fluoretação da água e democracia. Saneas, 2(18), pp. 29-33. 2004.
- RAMIRES, I., & BUZALAF, M. Fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. Ciênc Saúde coletiva, 12(4), pp. 1057-65. 2007.
- ROGERS, W., & BELLATYNE, A. Populações Especiais: vulnerabilidade e Proteção. RECLLS, 2(1), pp. 31-41. 2008.
- SBBRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
- SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia de Letras. 2010.
- TOCANTINS. Zoneamento Ecológico-Econômico. Diagnóstico da Dinâmica Social e Econômica do Estado do Tocantins: Populações Tradicionais. Palmas: Secretaria do Planejamento e Orçamento. 2016.
- ZIMMER, S., & JAHN, K. Recommendations for the use of fluoride in caries prevention. Oral Health Prev Dent, 1(1), pp. 45-51. 2003.