

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

**NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTOS:
PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

SANTOS

2020

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

**NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTOS:
PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Luciane Maria Pezzato

SANTOS

2020

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

**NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
SANTOS:
PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Data de aprovação: 30 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Luciane Maria Pezzato
Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Rosilda Mendes
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Carlos Botazzo
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Adriana Rodrigues Domingues
Universidade Federal de São Paulo

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R484n Ribeiro, Cristiane Galvão.
Narrativas de idosos de uma unidade de saúde do município de Santos: percepção de saúde bucal. / Cristiane Galvão Ribeiro; Orientadora Luciane Maria Pezzato; Coorientador . -- Santos, 2020.
125 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. saúde do idoso. 2. saúde bucal. 3. atenção primária à saúde. 4. integralidade em saúde. 5. narrativas. I. Pezzato, Luciane Maria, Orient. II. Título.

CDD 610.7

Aos meus queridos pais, José Felix (*in memoriam*) e Andradina, por terem sido incentivadores na realização de todos os meus estudos. Esse trabalho prova que todos os seus esforços e dedicação valeram a pena. Terão eternamente meu respeito e admiração.

Aos meus irmãos Rodrigo e Danielle, porque sem o apoio deles muitos dos meus sonhos não se realizariam. Que sorte poder contar com vocês!

AGRADECIMENTOS

Chegar nesta etapa da caminhada não foi fácil. Exigiu de mim esforço, dedicação, disciplina, equilíbrio e paciência. Tive que fazer escolhas, abdicar de algumas coisas e cultivar a esperança. Valeu a pena: estou realizando um sonho... Mas esse mérito não é só meu, ele foi alcançado com a ajuda de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, colaboraram para que ele se tornasse realidade – todos essenciais para conclusão deste trabalho. Por isso, registro aqui meus agradecimentos.

À orientadora **Prof.^a Dr.^a Luciane Maria Pezzato**, pelo acolhimento, paciência e disponibilidade em orientar-me em todas as fases do curso, por sua generosidade, e por apresentar-me ao conceito de bucalidade e às narrativas, que ampliaram minha prática profissional de modo incomparável.

Ao querido companheiro **Cesar**, pela felicidade do encontro inesperado, e por estar sempre ao meu lado disposto a ajudar, pela compreensão e apoio.

Aos **colegas da minha turma** do Mestrado Profissional (já com saudades) pelo privilégio da convivência e por enriquecerem ainda mais esta experiência com solidariedade, troca de opiniões e estímulo.

Aos **narradores**, por terem doado suas histórias de vida para que eu pudesse construir minha pesquisa e a todos os **idosos**, cuja necessidade de cuidado estimula meus passos acadêmicos e profissionais para melhor entendê-los e ajudá-los.

Aos membros da Banca de Qualificação, que gentilmente aceitaram colaborar: **Prof. Dr. Carlos Botazzo** e **Prof.^a Dr.^a Rosilda Mendes**, pelas importantes contribuições à discussão.

Aos professores membros da Banca de Defesa desta dissertação: **Prof. Dr. Carlos Botazzo**, **Prof.^a Dr.^a Rosilda Mendes** e **Prof.^a Dr.^a Adriana Rodrigues Domingues**, pela disponibilidade em participar, o incentivo e consideração.

Às **Secretarias de Saúde dos municípios de Santos e São Vicente**, por pactuarem com a dispensa de minhas atividades profissionais – o que possibilitou a realização deste Mestrado.

RESUMO

De acordo com pesquisas nacionais e internacionais com grande divulgação nos meios de comunicação, a expectativa de vida de homens e mulheres vêm aumentando principalmente para os que vivem em países com maior desenvolvimento socioeconômico. O Brasil acompanha as curvas da transição demográfica atual e, segundo estatísticas, nos próximos 75 anos, enquanto sua população total provavelmente vai aumentar em cinco vezes, o número de idosos(as) deve aumentar em 15 vezes. Sabemos também que este acréscimo da média de vida das populações está relacionado com o avanço das ciências e tecnologia médicas. Em relação à saúde bucal, notamos que estes avanços não alcançaram esta população, que teve acesso a uma prática odontológica mutiladora, que lhe causou mais iatrogenia do que saúde. Isso resultou numa condição bucal deficiente, de sofrimento, com excesso de perdas dentárias e limitada reabilitação. Por sua vez, o trabalho odontológico na Atenção Básica é carente de ações específicas para este grupo, seja na atenção individual ou coletiva. Entendemos que um dos principais desafios da Odontologia é conseguir que as pessoas mantenham ao longo da vida o maior número possível de dentes naturais exercendo suas funções bucais. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da saúde bucal de idosos(as) que frequentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Santos/SP. Para isso, optamos por realizar uma pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e narrativo. A produção dos dados se deu através da elaboração de um Diário de Pesquisa e de entrevistas com idosos(as), que foram gravadas e transcritas. Do conjunto de dados produzidos foram construídas as narrativas que foram analisadas. A proposta é que os resultados deste estudo contribuam para conhecer a percepção de saúde bucal e identificar as necessidades e demandas de saúde bucal destes(as) idosos(as). Também, refletir sobre o lugar interdisciplinar que a saúde bucal pode ocupar, problematizando a atenção odontológica no município na busca da integralidade do cuidado voltado a essas pessoas.

Palavras chave: saúde do idoso, saúde bucal, atenção primária à saúde, integralidade em saúde, narrativas.

ABSTRACT

According to national and international surveys, widely disseminated in the media, the life expectancy of men and women has been increasing mainly for those who live in countries with greater socio-economic development. Brazil follows the curves of the current demographic transition and, according to statistics, in the next 75 years, while the total population is likely to increase by five times, the number of elderly people is expected to increase by 15 times. We also know that this increase in the average lifespan of populations is related to the advancement of medical sciences and technology. In relation to oral health, we noticed that these advances did not reach this population, which had access to a mutilating dental practice, which caused more iatrogenesis than health. This resulted in a deficient oral condition, suffering, with excessive tooth loss and limited rehabilitation. Dental work in Primary Care, in turn, lacks specific actions for this group, whether in individual or collective care. We understand that one of the main challenges of Dentistry is to get people to maintain as many natural teeth as possible through their oral functions throughout their lives. Thus, the objective of this study is to know the perception of oral health in the elderly who attend a Basic Health Unit in the city of Santos/SP. For this, we chose to carry out a qualitative, descriptive and narrative research. The production of the data took place through the elaboration of a Research Diary and interviews with elderly people, which were recorded and transcribed. From the set of data produced, the narratives that were analyzed were constructed. The proposal is that the results of this study contribute to knowing the perception of oral health and to identify the oral health needs and demands of these elderly people. Also reflect on the interdisciplinary place that oral health can occupy, problematizing dental care in the municipality, in the search for comprehensive care aimed at these people.

Key-words: elderly health, oral health, primary health care, health integrality, narratives.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATM	articulação temporomandibular
CD	Cirurgiã-dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEPRA	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre as Práticas
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
PT	Prótese Total
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISANTA	Universidade Santa Cecília
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Introduzindo a temática da pesquisa	14
1.2. A integralidade e a bucalidade	17
1.3. A Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde: breves tópicos desta história.....	21
1.4. A saúde bucal da pessoa idosa	26
1.5. Caracterização do local da pesquisa	29
1.6. Demanda de cuidados aos(as) idosos(as) na Unidade	32
2. OBJETIVOS	35
2.1. Objetivo geral	35
2.2. Objetivos específicos.....	35
3. METODOLOGIA DE PESQUISA: UM CAMINHO PARA ENTENDER ESSA REALIDADE.....	36
4. NARRATIVA DE UMA PESQUISADORA: CONSTRUINDO SEU TRABALHO DE CAMPO.....	41
5. AS NARRATIVAS.....	58
6. DIALOGANDO COM AS NARRATIVAS	84
6.1. Percepção de saúde bucal dos(as) idosos(as)	85
6.2. A integralidade do cuidado em saúde bucal da pessoa idosa.....	93
6.3. Necessidades e demandas de atenção odontológica para os(as) idosos(as) no município	96
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	106
ANEXO A.....	118
- Aprovação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e projetos de Extensão da Secretaria Municipal de Saúde de Santos	118
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.....	119
APÊNDICE A -	127
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
APÊNDICE B - Roteiro para entrevista.....	129
APÊNDICE C - Produto técnico	130

1. INTRODUÇÃO

Pouca coisa é necessária para transformar inteiramente uma vida: amor no coração e sorriso nos lábios

Martin Luther King

Nasci em Pindamonhangaba e moro em Santos desde meus sete anos de idade, época em que o município ainda parecia uma “cidade pequena”. Brincávamos na rua e tínhamos muita liberdade para ir e vir sozinhos. Com o tempo essa liberdade foi tomada pela urbanização acelerada da cidade para atrair mais turistas, juntamente com o avanço industrial e a ampliação do Porto de Santos.

Na época de decidir que carreira seguiria, acredito ter escolhido a Odontologia por ser uma profissão da área da Saúde, que muito me interessava, pois me permitiria cuidar de outras pessoas e também me traria independência financeira. Por isso, em 1993 fui para Bauru estudar Odontologia na Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo (USP). Lá, eu tive uma formação bem tradicional, voltada à especialidade e consultório particular ou à carreira acadêmica precoce. Até hoje, noto que faltaram em minha formação aspectos de ciências humanas e sociais. Quando voltei para Santos, em 1997, comecei a atender em consultórios de colegas e estagiava na Faculdade de Odontologia da USP na cidade de São Paulo, como preparação para uma futura inserção no Mestrado Acadêmico.

Em 2000, após quatro anos de formada, ingressei no serviço público da Prefeitura de São Vicente, levando comigo as experiências de trabalhar em um consultório particular, fazendo uma clínica individual e isolada. Como acontece com a maioria dos meus colegas, em minha formação não tive contato prático algum com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse aprendizado só foi acontecer durante o meu processo de trabalho, na prática mesmo. Só então tomei contato com o que era o Sistema Único de Saúde (SUS). Posso dizer que aprendi na periferia do município a trabalhar na rede pública. Por conta disso, deixei de lado os planos do Mestrado Acadêmico por um tempo.

Segui meu caminho profissional especializando-me em Acupuntura e Homeopatia. Durante oito anos dividi meu tempo entre o consultório particular e o trabalho na Prefeitura de São Vicente, quando mais uma mudança aconteceu: fui convocada por um concurso público realizado para a Prefeitura de Santos. Foi um marco em minha vida, pois por conta disso, decidi fechar o consultório e me manter apenas nas Prefeituras, onde trabalhei sempre na Atenção Básica (AB), em UBS.

Hoje consigo ver uma intersecção entre as Práticas Integrativas e Complementares que estudei nessa época e o desenrolar do meu trabalho no SUS: é necessário tratar a doença, mas também é importante ater-se às forças internas e externas que afetam o sujeito doente, tendo assim um olhar mais ampliado para o processo saúde-doença-cuidado. A formação que tive em Homeopatia continua me acompanhando, tanto que durante as entrevistas ficou muito forte a repertorização¹ que fiz, sem a intenção, que surgiu naturalmente como parte da minha história, das minhas experiências. Também por isso que utilizamos um nome de medicamento homeopático como pseudônimos para nomear os narradores (e garantir seu anonimato).

Foi da vivência com a comunidade periférica do bairro Rádio Clube na Zona Noroeste de Santos, onde trabalhei por oito anos, que surgiram as primeiras ideias para esta pesquisa. Sentia uma inquietação quanto à assistência oferecida àqueles(as) idosos(as), que viviam num bairro de vulnerabilidade extrema. Interessava-me conhecer as histórias que eles poderiam contar sobre o cuidado odontológico que receberam ao longo de suas vidas e também sobre o cuidado que estavam recebendo ali, naquela Unidade em que eu era uma das dentistas. Quando fui transferida para o bairro da Aparecida, em 2016, fiz algumas adaptações à pesquisa original para poder adequá-la ao novo contexto. Logo pude notar o grande número de moradores(as) idosos(as) neste bairro e a heterogeneidade deste grupo, o que contribuiu para que eu mantivesse a ideia da pesquisa.

Em 2018 finalmente consegui ingressar no Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Foi uma experiência ímpar para mim, na qual pude aprofundar meus conhecimentos em Saúde Coletiva e Ciências Sociais, dividir espaço com pessoas de várias profissões, privilegiada pela troca de saberes e afetos, e refletir sobre minha

¹A repertorização homeopática é o modo pelo qual o homeopata transcreve a linguagem do paciente em sintomas repertorizáveis, e assim obtém um número de medicamentos ordenados por cobertura do maior número de sintomas. Ela é meramente sugestiva, indicando um conjunto de substâncias que se podem assumir potencialmente como semelhantes do caso. A decisão caberá sempre à comparação por diferencial, da totalidade sintomática com as patógenesias descritas nas Matérias Médicas.

prática profissional, acima de tudo. Essa foi a terceira experiência em educação interprofissional em que eu era a única cirurgiã-dentista da turma, e acredito que isso enriqueceu ainda mais a minha vivência profissional no SUS. Posso dizer que agora sou outra Cristiane, muito diferente daquela que iniciou o curso. Comecei apenas com uma certeza, a de que queria pesquisar pessoas, e não técnicas ou materiais. Nesta trajetória de transformação tentei ir aberta, livre de preconceitos, “me jogando” mesmo, para mergulhar e me deixar envolver em diversas realidades de uma maneira que nem imaginava ser possível.

Talvez pela atenção, a presença e o interesse que eu sempre busquei proporcionar aos pacientes, para conversassem comigo sobre o que quisessem (da sua vida ou da sua boca), ao longo da minha prática profissional fui desenvolvendo uma habilidade de escuta maior em relação aos outros profissionais com quem trabalhei e, provavelmente por isso, criei um maior vínculo com as pessoas que atendi/tenho atendido. Penso que a escuta qualificada não deva ser uma qualidade “a mais” para os profissionais de Saúde, especialmente na Atenção Básica de Saúde (ABS) do SUS. Dessa maneira, foi praticamente inevitável querer direcionar minha prática profissional para práticas integrativas e complementares e, mais recentemente, para construção das narrativas, técnica pela qual pude relacionar ainda mais as condições de vida da pessoa com a dinâmica saúde-doença dela, para tentar perceber daí outras demandas.

A princípio, minha inquietação profissional tinha como intuito adquirir mais conhecimentos sobre a etapa do desenvolvimento da velhice, essa fase final da vida das pessoas, e encontrar uma melhor maneira de atendê-los em suas queixas, odontológicas ou não. Posso notar que muitos usuários das UBS possuem necessidades que não estão obrigatoriamente atreladas apenas às doenças bucais e suas consequências. Nesse sentido, o modelo tradicional de clínica odontológica que vinha exercendo até então não estava me trazendo muita satisfação.

Com a conclusão deste Mestrado, ficou a necessidade de afirmar cada vez mais meu envolvimento e lugar de atuação, como profissional da Saúde Coletiva por 20 anos, e que engloba também a Saúde Bucal, tentando encontrar outro jeito de fazer Odontologia no SUS!

1.1. Introduzindo a temática da pesquisa

Dentaduras duplas!
Inda não sou bem velho
para merecer-vos...
Há que contentar-me
com uma ponte móvel
e esparsas coroas.
(Coroas sem reino,
os reinos protéticos
de onde proviestes
quando produzirão
a tripla dentadura,
dentadura múltipla,
a serra mecânica,
sempre desejada,
jamais possuída,
que acabará
com o tédio da boca,
a boca que beija,
a boca romântica?...))

*Dentaduras duplas, Carlos Drummond de
Andrade*

A transição demográfica que a sociedade brasileira vem passando, com significativa redução da taxa de fecundidade e da mortalidade geral, acarreta em expressivo aumento da população idosa: nos próximos 75 anos, enquanto a população total deve aumentar em cinco vezes, o número de idosos(as) deve aumentar 15 vezes. Isto resulta em modificações do perfil epidemiológico e das características socioeconômicas da população (NEVES et al., 2002; ROSA et al., 1992; SALIBA et al., 1999). Nesse contexto, o envelhecimento passou a ser uma questão que diz respeito não só a quem envelheceu, mas também a todos que estão inseridos na

sociedade, com repercussões em vários aspectos, governamentais ou não, como a adequação de moradias, a reforma previdenciária, as propostas de socialização e lazer, dentre outros.

É também importante lembrar que estamos nos referindo a pessoas que envelheceram num país em que a desigualdade social e a pobreza estão presentes para uma grande maioria da população, que ficou desassistida por muito tempo no que se refere à serviços públicos de saúde, incluindo a saúde bucal (BORTOLI et al., 2017; MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008). Na época em que estes(as) idosos(as) eram crianças, em meados das décadas de 1940 e 1950, a saúde bucal ficava à margem da preocupação com a saúde da população, pois o foco estava na atenção em doenças de ordem infectocontagiosas priorizando um contexto sanitário campanhista com a prevenção de doenças que emergiam no Brasil (BULGARELLI et al., 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Muitos associam o passar dos anos ao acúmulo de doenças, entendendo que invariavelmente teremos que conviver com numerosos problemas de saúde e limitações com o avançar da idade, inclusive a falta de dentes. A dor ainda é o principal fator que leva as pessoas a procurar atendimento odontológico, e a perda de dentes é vista pela sociedade brasileira como uma consequência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de acesso às ações preventivas e de promoção da saúde bucal. O modelo de tratamento ainda é muito centrado na cárie dentária e nos dentes em si (odontocêntrica). A perda dentária é naturalizada, com forte relação de garantia de ausência de dor e a crença de que faz parte do processo de envelhecimento (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007; MOREIRA et al., 2005).

Os avanços tecnológicos da Odontologia foram admiráveis nos últimos 50 anos, mas não alcançaram a população idosa. Esses só tiveram/tem acesso a uma prática odontológica mutiladora, o que lhes causa mais iatrogenia do que saúde, resultando em uma condição bucal deficiente, de sofrimento, com excesso de perdas dentárias e limitada reabilitação. Os atuais conceitos científicos demonstram que o processo natural de envelhecimento não é um empecilho para as atividades cotidianas de um adulto em qualquer idade: as verdadeiras responsáveis pelas limitações atribuídas à velhice são algumas doenças, que podem ser prevenidas ou tratadas, na maior parte das vezes (BERTOTTI et al., 2015; RIBEIRO et al., 2009; VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

Estudos de percepção em saúde dos que recebem o cuidado são ferramentas importantes na avaliação da qualidade e na reformulação dos serviços de saúde e complementam a avaliação técnica, além de tornar possível uma abordagem mais efetiva aos indivíduos pelos profissionais de saúde (VERAS, 1994). Secundariamente, permitem a participação efetiva da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, incluindo os referentes à saúde bucal (REIS; MARCELO, 2006; SOUZA et al., 2019). É sabido que a concepção de doença que orienta os provedores da assistência não corresponde necessariamente ao sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais (OLIVEIRA; EGRY, 2000; SILVA; FERNANDES, 2001). É comum as pessoas esperarem chegar à velhice desdentadas, visto que as necessidades de saúde bucal dos(as) idosos(as) são pouco conhecidas e pouco consideradas pelos dentistas e pelos demais profissionais da saúde. Cabe, contudo, a esses profissionais sugerir que é possível mudar a percepção consolidada de que qualquer intervenção é inútil nesta fase da vida, e que é possível manter ao longo da vida o maior número de dentes naturais (HAIKAL et al., 2011).

Já a percepção do que seja ter saúde bucal tem relação com informações e conhecimentos disponíveis, com valores e crenças pessoais, com o meio social em que a pessoa vive, suas experiências pregressas de cuidado, e com a impressão de que necessita ou não de tratamento (ALMEIDA et al., 2013; MARTINS et al., 2010; SILVA et al., 2012). Essa percepção diz mais do que o(a) profissional consegue perceber, mais de como as condições de saúde bucal afetam a vida do indivíduo do que as medidas objetivas de doença observadas por um(a) cirurgião-dentista, por exemplo (ROSENDO et al., 2017).

Ainda, a subestimação das necessidades de tratamento pode levar os indivíduos a não procurarem atendimento odontológico. Sem a devida atenção, as necessidades de tratamento dessas pessoas podem evoluir para condições mais graves, gerando demanda futura de procedimentos mais complexos (DALAZEN; BONFIN; DE-CARLI, 2018), muitos deles não ofertados pelo SUS.

1.2. A integralidade e a bucalidade

Nesta pesquisa abordaremos a boca humana como um território em que habitam diversos sentidos e significados que ampliam aqueles comumente encontrados em tradicionais manuais de Anatomia e Fisiologia, que a descrevem em suas estruturas e funções como parte do sistema digestório. Como afirma Botazzo (2013b, p. 61), em sua conceituação de Bucalidade:

A boca todavia, é ainda o campo onde outros saberes se cruzam. Lugar não só de doenças, cujo significado pode ser traduzido como perda e sofrimento, mas também de paixão, essa desvinculação pode conter outros significados e permite outras leituras, inclusive psicanalítica.

Botazzo (2013a) explica que, dentre todos os órgãos e as regiões do corpo humano, a boca é o que mais realiza atividades sociais ou por meio do qual um sem-número de atividades ou ações sociais é realizado. Assim, se o corpo é socialmente formado, com igual razão, pode-se falar em formação social da boca humana, e todas as manifestações bucais do humano terão a marca do social, seja na alimentação, na comunicação, na afetividade, na relação amorosa e em tantas outras atividades que as pessoas fazem tendo a cavidade bucal como suporte (BOTAZZO, 2013a).

Botazzo (2013b), considera a boca como conteúdo e manifestante de deposições psíquicas, o que a torna um ambiente único em todo organismo, um verdadeiro território. Suas naturezas seriam:

- a) a Manducação: mastigar: “apreender, triturar, insalivar e deglutir”, o quê, porquê, como e quanto comer;
- b) a Amorosa-erótica: a manifestação direta ou simbólica de instintos básicos do homem como o sensualismo e o prazer; a beleza e a sedução; também a hostilidade e a agressão;
- c) a Linguagem: a relação com o mundo, a passagem do que sai do interior para fora, um elemento de comunicação por excelência, o convívio social e afetivo, a verbalização do que vem nos pensamentos.

Seja mastigando, falando, na relação amorosa, sempre é a boca por inteiro que entra em funcionamento. Esse é um conceito essencial para ver e dizer outras coisas de dentes e bocas. Botazzo (2006) também defende uma Odontologia mais integral, pensando na natureza social da boca humana e sua integralidade; sem separar, dessa maneira, a prevenção da cura. Para a

boca exercer sem limitações ou deficiências as funções para as quais anatomicamente se acha apta:

(...) bucalidade vem a ser a condição de possibilidade para a superação das práticas odonto-centradas pelo movimento de a um só tempo focar a integralidade corpórea – o corpo do sujeito por inteiro – e então esta clínica ampliada terá de levar em conta a fisiologia do lugar (seu meio interno e sua normatividade), e depois a sensibilidade das vísceras da boca e sua ligação com os modos de existir do próprio homem (BOTAZZO, 2006, p. 40-41).

Parece conveniente agora diferenciarmos os termos Saúde Bucal, Odontologia e Saúde Bucal Coletiva (SBC). Para Narvai e Frazão (2008, p. 18-19),

(...) a saúde bucal corresponde a um conjunto de condições, objetivas(biológicas) e subjetivas(psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento... é um conceito relativamente complexo que não pode ser reduzido à “saúde dos dentes”.

Já quando nos referimos à Odontologia, o foco é biológico, está mais na assistência ao indivíduo doente ou na prática dentária propriamente dita, e as ações que correspondem às diferentes “Odontologias” historicamente denominadas são: sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, de Mercado. A Odontologia é o território do cirurgião-dentista. A estratégia de cobertura é pela demanda espontânea, com tecnologia dependente de inovações, em que o cuidado é visto como mercadoria e o enfoque da abordagem é a reabilitação.

A SBC é um movimento teórico-político construído ao longo dos últimos 30 anos, com origem na Reforma Sanitária Brasileira. Ainda se encontra aberto, inconcluso, permeável aos processos de intervenção e de formulação conceitual presentes no cotidiano daqueles que pensam, praticam e discutem a Saúde Coletiva em suas instituições, sejam elas de ensino, pesquisa ou serviço (PEZZATO, 2009). Além disso, incorpora outros determinantes “não odontológicos” como: modo de vida, acesso aos serviços de saúde, à educação, água tratada, saneamento básico, coleta de lixo, condições de moradia, de trabalho, de transporte, de lazer e de alimentação. Desta maneira, o foco de atuação da equipe é a totalidade da população, com tecnologia adaptada ao contexto e o enfoque da abordagem são os fatores comuns de risco. No plano teórico, observamos uma certa ruptura com a Odontologia, pois vai além do que ela pode pensar ou falar sobre a boca. A SBC defende saúde como direito e não mercadoria.

Historicamente, a Saúde Bucal é descrita como sinônimo de Odontologia, porém esta última caracteriza-se por estar centrada em procedimentos, tomando a boca como órgão fragmentado, que prioriza a cárie dental como “doença-mãe” desconsiderando as demais doenças bucais, ou mesmo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento, como fonte de informações para organizar o atendimento na clínica (PIRES; BOTAZZO, 2015). A Bucalidade, dessa maneira, não seria um “modelo” paralelo, mas sim integrada, incorporada à SBC na tentativa de contrapor-se ao modelo biomédico, centrado em procedimentos que a separam do corpo. A desconexão corpo-boca se dá tanto em sua dimensão biológica, como psíquica e social, e é reforçada também na área médica (FONSÊCA et al., 2016).

Ao relacionarmos a bucalidade e a integralidade do cuidado, da mesma maneira que não podemos ver a boca separada do corpo do indivíduo e da sociedade que a cerca, não podemos desmembrar o cuidado em Saúde Bucal dos demais, principalmente na ABS. Um dos desafios do SUS, portanto, é prover assistência odontológica de modo regular, resolutivo e satisfatório aos usuários, como expressão material dos princípios da integralidade e da universalidade do cuidado (BOTAZZO, 2013b). Como diria Botazzo (2013b, p. 40),

(...) não deveríamos ignorar que uma história de vida relatada durante a anamnese é denúncia da realidade social de uma determinada comunidade num determinado tempo. É a emergência de um problema que, se melhor investigado e compreendido, pode fornecer respostas para possibilitar a abordagem mais integral do usuário.

Procuraremos neste estudo compreender como estes conceitos (Bucalidade, ABS, integralidade) podem contribuir para conhecer a história de vida de um grupo de idosos(as) frequentadores(as) de uma UBS de Santos/SP, e assim acessar os sentidos atribuídos a saúde bucal no envelhecer e compreender o papel da equipe de saúde bucal nessa trajetória. Concordamos com Almeida e Souza (2006, p. 317) quando dizem que: “A boca é, geralmente, o espelho que reflete, na velhice, as condições em que as pessoas viveram, trabalharam, cuidaram-se e foram cuidadas.”

A visão tecnicista da formação profissional do cirurgião dentista, a extrema valorização do conhecimento científico, o modelo assistencial cirúrgico-restaurador e a prática educativa como mera transmissão de conhecimentos verticalizada, contribuem para o insucesso de atividades odontológicas ditas preventivas (DAMIANCE et al., 2016). A última atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia é do final de 2001, na qual conta um resumo das competências para formar o profissional cirurgião-dentista, a saber: “que tenha uma vasta vivência clínica, com técnicas sofisticadas de cura sustentada por uma sólida base em ciências

básicas, e que possa exercer a profissão em consultório privado, mas que se adapte a equipes multidisciplinares e serviços socializados” (BRASIL, 2002). Para Pezzato (2001, p. 24):

Historicamente, a Odontologia vem aperfeiçoando sua tecnologia com relação aos materiais e equipamentos utilizados bem como, aos avanços científicos, preparando-se para a lógica imposta pelo mercado no sistema capitalista em que vivemos. Privilegia o progresso científico e técnico em detrimento do humano, deixando de lado as discussões do âmbito político-social, das questões da formação, dos serviços de saúde e na maioria dos fóruns odontológicos. Não é a questão de priorizar um ou outro, mas há uma necessidade de integração das mesmas. Caso contrário corremos o risco de manter o caráter mercantilista, elitista, odontocêntrica, iatrogênica da Odontologia que predomina na sociedade.

Assim, é comum para os(as) dentistas verem o(a) usuário(a) como se ele(a) fosse apenas uma boca, sem corpo, sem vida e sem personalidade. A consulta com o(a) profissional é muito breve e não há tempo de ouvir o paciente e saber quais suas reais demandas de saúde bucal. O centro da atenção são equipamentos e técnicas: os avanços tecnológicos são elogiáveis, mas têm baixo impacto social, não atingindo grande parte da população. Já para os(as) usuários(as), principalmente os(as) de 50 anos ou mais, a percepção do que representa o(a) profissional dentista é uma imagem negativa, aparecendo como um carrasco, um castigo: o medo e a dor estão associados, sendo relacionados ao instrumental e ao tratamento. O alto custo do tratamento odontológico também é motivo de certa angústia, e o(a) profissional é visto como um(a) mercenário(a), uma pessoa sem consciência social (CRUZ, 1997).

A Organização Mundial da Saúde, enfatizando a alta prevalência e gravidade das morbidades bucais, apontou as principais barreiras que impedem ou dificultam uma atenção à saúde bucal equitativa e ao alcance de todas as populações. São elas: a falta de apoio a políticas e legislação; os custos crescentes da assistência; a conscientização limitada da população sobre a importância da saúde bucal; o acesso desigual a serviços, principalmente para grupos vulneráveis; barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais e; a qualidade precária da atenção à saúde bucal (ROSENDO et al., 2017).

1.3. A Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde: breves tópicos desta história

Resovin! Hecolite!
Nomes de países?
Fantasma femininos?
Nunca: dentaduras,
engenhos modernos,
práticos, higiênicos,
a vida habitável:
a boca mordendo,
os delirantes lábios
apenas entreabertos
num sorriso técnico
e a língua especiosa
através dos dentes
buscando outra língua,
afinal sossegada...
A serra mecânica
não tritura amor.
E todos os dentes
extraídos sem dor.
E a boca liberta
das funções poético-
sofístico-dramáticas
de que rezam filmes
e velhos autores.

Dentaduras duplas, Carlos Drummond de
Andrade

Não vamos recuperar toda a história da Odontologia nos serviços de saúde no Brasil, pois muitos trabalhos já fizeram este resgate (FRAZÃO; NARVAI, 2009; NARVAI, 1994, 2006; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013). A proposta aqui é trazer breves tópicos, uma vez que estamos falando em um espaço de Mestrado Interdisciplinar em que muitos leitores são não-dentistas.

De acordo com Soares (2014), a história do modelo assistencial na saúde bucal brasileira passou por três fases. A primeira fase foi a “Odontologia Sanitária e Sistema Incremental”, cujo modelo priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 1950 pelo Serviço Especial de Saúde Pública, com enfoque curativo-reparador. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduziu também algumas medidas preventivas e depois, pessoal auxiliar (Auxiliar de Saúde Bucal [ASB]).

A segunda fase, a “Odontologia Simplificada e Odontologia Integral”, instituída ao final dos anos 1970, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho (SOARES, 2014). Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e incorporação de mais pessoal auxiliar. E a terceira fase, o “Programa Inversão da Atenção” (PIA), baseava-se em intervir antes e controlar depois (SOARES, 2014). Por meio de sua matriz programática, estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isso, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, e em ações de caráter preventivo promocional.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que passou a regular as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, iniciou-se uma reorganização e reformulação nos serviços públicos de saúde. Esta Lei estabeleceu os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS tais como: a universalidade, que supõe acesso a ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação; a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e; a equidade, que se configura no tratamento de cada usuário segundo a sua necessidade, e deve levar em

consideração não apenas critérios clínicos, mas também epidemiológicos-sociais (BRASIL, 1990).

A participação dos cidadãos nas decisões político-administrativas do setor da saúde e o controle social, diretrizes do SUS, conferem dupla dimensão à autonomia do usuário. Uma, a dimensão clínica, diz respeito à sua capacidade de tomar decisões nas situações que afetam sua vida, saúde e bem-estar. Outra, a dimensão política, implica participar das decisões concernentes às políticas de saúde e organização dos serviços para todos.

A partir de 1994, os sistemas locais de saúde passaram a buscar estabelecer novos processos de trabalho, numa remodelação das ações da AB para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases (na programação, na execução e na avaliação). Houve movimentos fortes de mudança na política de saúde bucal na ABS durante todo esse período, em que foram implantadas Equipes de Saúde Bucal na ESF, a Atenção Secundária; nos Centros de Especialidades Odontológicas, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a Assistência Hospitalar. Esses movimentos podem ser considerados um passo rumo à integralidade e ao cuidado à família no centro de suas ações, num modelo de atenção e prática com ações mais resolutivas (PIRES; BOTAZZO, 2015).

A portaria 673/GM, de 2003 (BRASIL, 2003c), alterou a relação entre Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Equipes de Saúde da Família, determinando que pudessem ser implantadas, a critério do gestor municipal, quantas ESB fossem necessárias, desde que não ultrapassassem o número existente de Equipes de Saúde da Família. Através desta medida, a população adscrita sob responsabilidade de cada ESB passou a ser de no máximo 4.500 habitantes por equipe. Anteriormente, para cada ESB a ser implantada, deveriam estar implantadas duas Equipes de Saúde da Família, sendo que a média de população a ser atendida por equipe era 6.900 habitantes.

Nos governos do ex-presidente Lula (mandatos entre 2003 e 2010), a Política Nacional de Saúde Bucal ganhou a denominação de “Programa Brasil Sorridente” como expressão de *marketing* social (BRASIL, 2004a), e foi integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”. Estas diretrizes apontavam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos seus níveis e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo um eixo de reorientação do modelo de cuidado que respondia a uma concepção de saúde não centrada

somente na assistência aos doentes, mas sim na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. O Programa incorporava ações programáticas de uma forma mais abrangente, como a humanização do processo de trabalho, a corresponsabilização dos serviços, o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, (criança, adolescente, adulto e idoso) (BRASIL, 2004a; MARTINS, 2020).

Apesar deste cenário normativo, após todos esses anos, as mudanças têm se mostrado insuficientes e incipientes no trabalho em saúde bucal. De maneira geral, os profissionais ainda tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, o do consultório particular. São necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente, por exemplo, para propor mudanças neste cenário. Os principais desafios estão relacionados à integralidade do cuidado; ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social. Observa-se que as ações da ESB na ESF não têm sido realizadas de forma satisfatória quando usados parâmetros das diretrizes constantes nos documentos oficiais e, em geral, os municípios não têm realizado suas ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo Ministério da Saúde (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Há uma política de saúde bucal em curso e o nome fantasia “Brasil Sorridente” foi mantido até este momento, mas evidentemente já não se trata mais de um processo político-social com as características que marcaram originalmente sua concepção e implementação. A mais nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), trouxe um retrocesso, pois não prevê a obrigatoriedade da presença de profissionais de Saúde Bucal na composição das equipes da AB, o que pode vir a ser o início do desmonte daquele programa (BRASIL, 2017; NARVAI, 2020; MOROSINI; FONSÊCA; LIMA, 2018).

Percebemos que a AB à saúde bucal pública no Brasil foi organizada historicamente de forma paralela e sem integração com o restante da equipe das unidades, sendo incapaz de dar respostas às necessidades de saúde bucal da população. Ela é carente de ações coletivas e preventivas que não sejam voltadas para crianças em idade escolar. Acrescenta-se a isto o fato de que as necessidades de saúde bucal ainda são pouco conhecidas pelos próprios dentistas e pelos demais profissionais da saúde (NUNES NETO, 2016; PIRES; BOTAZZO, 2015). O acesso é muito restrito e desigual, com assistência mutiladora (BARROS; BOTAZZO, 2011).

A atenção integral à saúde bucal deveria pressupor vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. A definição do campo da prática das ESB na AB extrapola e muito os limites da boca, o que exige na composição de suas ações que estas integrem diferentes áreas de conhecimento. É essencial buscar referenciais e meios que viabilizem práticas inovadoras capazes de efetivar a saúde bucal no cotidiano do trabalho no âmbito da ABS, que é voltada para o cuidado às pessoas, não às doenças (FONSÊCA et al., 2018). A UBS, como primeiro contato dos indivíduos com o SUS, é um local com enorme potencial para estes encontros. O vínculo entre o profissional e o paciente deve ser construído a cada encontro, resultado do diálogo franco, da assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do usuário para resolução das suas queixas e necessidades (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Sabemos que a prática do dentista na ABS nem sempre caminha no sentido de romper com os velhos paradigmas da odontologia tradicional, principalmente devido à formação recebida (NARVAI, 1994). A saúde bucal pode (e deve) ser integrada a outros conteúdos, não somente aqueles ligados a disciplinas biomédicas, mas também a disciplinas políticas e sociais, para que seja alcançada a integralidade (SANCHEZ et al., 2015). Assim como Martins (2017), defendemos a ideia de que a saúde bucal poderia ampliar sua clínica para além dos consultórios odontológicos e dos procedimentos preventivos coletivos realizados nas escolas, e também ocupar um espaço mais frequente nas visitas domiciliares, com uma participação mais efetiva no núcleo de saúde coletiva, no colegiado gestor da unidade, nos conselhos locais de saúde, nas reuniões de equipe, nas ações de vigilância, na integração ensino-serviço-comunidade, na gestão, nas ações de promoção da saúde em que podemos destacar os grupos educativos. Assim, abre-se um leque de opções para o profissional ampliar também sua visão enquanto trabalhador de uma UBS que oferece diferentes serviços na produção do cuidado.

Desde a criação do SUS têm sido observados avanços no acesso aos serviços de saúde, aumento nos investimentos em recursos humanos, em ciência e tecnologia, bem como nos cuidados primários em saúde. No entanto, a consolidação da descentralização, da participação social e da conscientização popular sobre o direito à saúde ainda merecem atenção (MARTINS, 2020). Além da conhecida dificuldade de acesso ao tratamento odontológico no SUS e do alegado custo elevado do tratamento odontológico em consultórios particulares, a precária pressão social sobre o papel do Estado nesse setor parece ser um grande obstáculo para a crescente demanda por saúde bucal. Sob esta lógica, as políticas públicas assumem uma posição de inferioridade em relação às práticas de mercado, e não ter direito à saúde bucal é uma fatalidade a que estaríamos condenados (MANFREDINI; BOTAZZO, 2006). Porque esta

necessidade, sentida pela população, não tem contribuído para a organização dos usuários pela defesa dos seus interesses, no que diz respeito à Saúde Bucal?

(...) A visão de que a Odontologia seria um problema a ser resolvido no mercado foi raras vezes afrontada no último século. O entendimento de que saúde bucal é direito de cidadania e dever do Estado fica restrito a momentos episódicos como as Conferências de Saúde Bucal e aos encontros municipais, estaduais e nacional de serviços públicos odontológicos (MANFREDINI; BOTAZZO, 2006, p. 172).

1.4. A saúde bucal da pessoa idosa

De modo geral, a condição de saúde bucal dos(as) idosos(as) é muito deficiente, reflexo de processos patológicos acumulados durante toda vida do indivíduo. Mesmo considerando que o tratamento odontológico pode também ser deletério para a dentição, é difícil crer que a condição bucal dos idosos(as) seja explicada apenas pela exposição a tratamentos inadequados, visto que a oferta de serviços odontológicos era pouco frequente quando estes idosos(as) eram crianças e jovens, fase essencial para uma dentição sadia, e que algumas destas pessoas jamais usaram tais serviços. Vale também lembrar que os(as) idosos(as) atuais não foram expostos à fluoretação da água e do creme dental, o que com certeza concorreu para a precariedade da saúde bucal dos mesmos no presente (MARTINS et al., 2010, MARTINS et al., 2020; MOIMAZ et al., 2009; SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000; SILVA et al., 2005).

Existe a naturalização do edentulismo na velhice, sendo que aproximadamente apenas 10% dessa população possui 20 ou mais dentes na boca, e metade dos idosos(as) não possui nem um dente (BRASIL, 2012). A necessidade de algum tipo de prótese começou muito cedo, por volta dos 15-19 anos (PIMENTA; L'ABBATE; PEZZATO, 2017). Cerca de 99% dos idosos(as) sofreram perda de um ou mais dentes e mesmo assim não se percebem como mutilados dentais (MARTINS, 2020; NARVAI; ANTUNES, 2003). É possível que uma autoavaliação positiva da saúde bucal face condições tão precárias, seja reflexo de uma atitude de resignação culturalmente difundida.

Em contrapartida, algumas pesquisas confirmaram que os(as) idosos(as) que avaliaram favoravelmente sua saúde bucal relatavam melhor qualidade de vida. No entanto, como principais barreiras encontradas no acesso aos serviços odontológicos estão a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal

voltados à população idosa (BENYAMINI; LEVENTHAL; LEVENTHAL, 2004; GELLACIC, 2015 et al.; RIGO, 2015 et al.; SOUZA et al., 2019). Mesmo nos países que têm programas dirigidos especificamente para esta faixa etária, a principal razão para este grupo não procurar o serviço odontológico é não perceber sua necessidade (SILVA; FERNANDES, 2001).

E como a Bucalidade está presente nas transformações do corpo que envelhece? Pode-se dizer que, seja na limitação da escolha dos alimentos a serem mastigados, na crença da perda da beleza, ou na alteração da dicção pelo uso de próteses, relações com o mundo estão presentes. Muito além da falta de dentes ou de próteses, subjetividades estão sendo produzidas neste envelhecer (ALMEIDA; SOUZA, 2006).

Por serem muito grandes as desigualdades sociais em saúde no Brasil, é essencial admitir a influência dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença, e os(as) idosos(as) brasileiros(as) expostos(as) a situações de vulnerabilidade social estão sujeitos(as) à interferência direta destes determinantes. Faltam respostas às crescentes demandas desta população que envelhece, para além dos problemas já persistentes do conjunto da população (BRASIL, 2004b; HEBLING; RODRIGUES, 2010). Como pudemos observar nos relatos dos(as) participantes da presente pesquisa, de suas falas emerge todo esse contexto de exclusão, sofrimento e preconceito:

Eu posso não ter muito estudo, mas não sou burra! (Narrativa da *Nux vomica*).

Já sentiu muita dor de dente, ia ao dentista e extraía, não tinha recurso. Depois foi perceber que tinha tratamento. Os dentistas eram muito ruins, arrancavam dentes sem anestesia. Até hoje, não é muito bom, dá uma aflição (Narrativa da *Natrum*).

Foi uma época muito difícil, porque apanhava da patroa e era assediada pelo patrão. Nem entendia direito o que estava acontecendo. Menina era muito tonta naquela época, aceitava tudo, achava normal... hoje é que me dou conta (Narrativa da *Ignatia amara*).

As ações públicas de atenção e a promoção da saúde bucal aos idosos(as) deveriam ser adequadas à nova legislação (Estatuto do Idoso/Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [BRASIL, 2003]), que prevê atendimento nos ambulatórios, nos domicílios e com pessoal especializado, além de cadastro da população idosa em base territorial e reabilitação das sequelas decorrentes dos agravos à saúde. O que se observa é que as ações institucionais de promoção de Saúde Bucal na ABS direcionadas à população idosa restringem-se às campanhas de prevenção do Câncer Bucal. Embora toda a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória, sem a devida integração

das redes de atenção para o(a) idoso(a) e sem um acompanhamento diferenciado em cada situação. Para se alcançar um envelhecimento considerado saudável, precisaria haver investimentos públicos efetivos nos setores públicos de saúde, de proteção social e econômico.

Alguns estudos apontam que o suporte social se destina a integrar o(a) idoso(a) na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas. De acordo com estudos realizados sobre esta temática, a criação destas políticas incluindo toda a sociedade com redes de apoio para o(a) idoso(a), é o meio de promover a saúde na terceira idade. O Estado poderia ser mais atuante, de modo a promover e auxiliar o suporte familiar e, além disso, garantir o acesso pleno do(a) idoso(a) ao SUS, principalmente na ABS (ARAÚJO et al., 2006). Quando a população idosa é fragilizada, ou não é valorizada e respeitada, mesmo na vigência de políticas públicas que a proteja, cabe aos profissionais ter alguma capacidade de articulação e defesa dos direitos desse grupo (MIRANDA et al., 2016).

Devemos lembrar que enquanto profissional do SUS e segundo o princípio de Integralidade, o(a) cirurgiã(o) dentista deve estar aberto e apto a participar de qualquer ação que envolva a prevenção e a promoção de saúde na comunidade em que está inserido. Para se atingir o cuidado mais humanizado e integral ao paciente idoso(a) é necessário considerar a abordagem interdisciplinar por permitir um tratamento integrado e de qualidade, em coerência com a visão holística de saúde do(a) idoso(a) (ARAÚJO et al., 2012). Os outros profissionais da equipe de saúde deveriam perceber a saúde bucal do idoso como um tema a ser incluído no processo de trabalho de todos.

Infelizmente, a prática odontológica na ABS de maneira geral se exerce ainda hoje como clínica de lesões (de cárie), sem espaço para a escuta qualificada dos usuários. O foco da atenção do profissional nos moldes em que ela está organizada acha-se colocado no elemento dentário e não no paciente, sendo a cárie a patologia-mãe, que impede a visão de outras doenças bucais, e por isso ainda não saiu da mera oferta de extrações, restaurações, remoção de tártaros e ações preventivas que só enfocam a limpeza dos dentes (BARROS; BOTAZZO, 2011; BOTAZZO, 2017).

Quem determina, ou quais são as necessidades de saúde bucal, no nosso caso, para a pessoa idosa? Quando o planejamento das ações de cuidado da Saúde Bucal (na ABS) está sendo elaborada, os(as) idosos(as) são escutados(as), suas demandas são consideradas neste cuidado? As ações e práticas mostram-se suficientes e resolutivas para a heterogeneidade e a

diversidade desse contexto? Não podemos esquecer que a população idosa é um grupo heterogêneo devido às diferenças em experiência de vida acumuladas por cada indivíduo. Tais diferenças, assim como as diferenças regionais, são levadas em consideração quando do planejamento da atenção?

1.5. Caracterização do local da pesquisa

*Dentaduras duplas:
dai-me enfim a calma
que Bilac não teve
para envelhecer.
Desfibrarei convosco
doces alimentos,
serei casto, sóbrio,
não vos aplicando
na deleitação convulsa
de uma carne triste
em que tantas vezes
me eu perdi.*

Dentaduras duplas, Carlos Drummond de Andrade

Santos é uma das nove cidades que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista. Segundo Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (IBGE, 2010), a cidade possuía uma população de 433.153 habitantes, e destes, aproximadamente 80.423 destes residentes eram idosos(as). A AB no município de Santos possui uma rede mista, com Unidades tradicionais no modelo de UBS e Unidade de Saúde da Família (USF).

Esta pesquisa foi realizada em uma UBS tradicional, situada no bairro da Aparecida, na Zona Leste de Santos. Esse bairro é o segundo bairro mais populoso do município com 36.440 habitantes e cerca de 20% de idosos(as) (IBGE, 2010). O nome do bairro é uma alusão à igreja de Nossa Senhora Aparecida, situada em uma praça de mesmo nome. É um bairro que abriga mundos bem distintos: a suntuosidade da orla da praia nada têm em comum com o núcleo nas proximidades da Praça Senador Correa, que mantém poucas características do reduto operário

que foi em outros tempos. E, estabelecendo uma clara divisão entre o lado sofisticado e o popular, há nada menos que quatro conjuntos habitacionais, onde se constata um modo de vida bem particular, com diferentes contextos de vulnerabilidade.

A UBS Aparecida é grande, com instalações novas (inaugurada em 2016) e bem equipada de maneira geral. No entanto, os equipamentos de Odontologia foram trazidos da Unidade antiga, desde então apresentando problemas de mau funcionamento. Esporadicamente, faltam insumos e instrumental. A ESB é composta por três cirurgiões-dentistas (CD) e duas ASBs. Todos os esforços são feitos para não ter que suspender os atendimentos odontológicos aos pacientes agendados, mas muitas vezes é inevitável, e já chegamos a ficar dois meses sem a visita do técnico do equipamento. “Nesses momentos aproveito para fazer ‘uma ronda’ pela Unidade em busca de algo pra me inserir, seja grupo de hipertensos, amamentação, ... pra não ficar parada na sala da Odonto...” (Diário de Pesquisa, 12/01/2020)²

De acordo com o modelo vigente para a ESB do município, o acolhimento ao usuário que busca atendimento odontológico é basicamente realizado pelas ASBs na porta da sala da Odontologia. O papel da equipe auxiliar, ASB e TSB, é reduzido a atividade clínica/curativa no consultório, também sem ação preventiva ou coletiva de promoção de SB. Todo o tempo de trabalho da equipe na Unidade deve ser preenchido com atendimentos odontológicos tradicionais, como restaurações, extrações, remoção de tártaros e orientação de higiene dental. Não há uma diretriz na política de saúde bucal do município para as UBS que promova uma integração dos profissionais da saúde bucal com o restante da equipe (reforçado pelo fato de que esta Unidade não é de Saúde da Família).

Na referida UBS a equipe é composta por técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoal administrativo e pessoal terceirizado da limpeza. É visível a insuficiência de profissionais para cobertura de toda a área de abrangência da Unidade. Como a ESB fica isolada dentro do consultório odontológico, tem pouca participação em outras ações de prevenção e promoção que acontecem na Unidade como, o “Hiperdia”, o “Movimente-se”, o “Aleitamento Materno”, o “Tabagismo”, a “Terapia Comunitária” e a “Atividade Física”. Isso se deve a uma construção histórica da Odontologia como uma profissão meramente técnica, dento-centrada, que repete no serviço público a lógica da clínica particular. Já nas Unidades que trabalham no modelo de Saúde da Família, está

² Como instrumento de produção de dados a pesquisadora utilizou o Diário de Pesquisa que está apresentado com maior detalhamento na pág. 37.

proposto que os profissionais da Saúde Bucal sejam incluídos nas equipes, seja nas reuniões, no planejamento, na execução ou na avaliação dos programas da Unidades.

Em outubro de 2019, como parte do trabalho a ser desenvolvido na disciplina obrigatória do Mestrado Profissional³ chamada “Grupo de Estudos e Pesquisas sobre as Práticas” (GEPPRA), instalamos uma boca vermelha inflável de 1,80m de comprimento na recepção da Unidade. A intenção era provocar reações, colocando a boca (e a Odontologia) no centro das atenções. Ao lado da boca inflável, ficava um cartaz com a seguinte pergunta “O que passa pela Boca?”, papéis em branco e material para escrever (canetas hidrográficas, lápis de cor e giz de cera), num convite para que funcionários e usuários da Unidade se manifestassem livremente, escrevendo sem regras, da forma como desejassem. A intenção era saber qual o valor da boca para essas pessoas. Também tínhamos a pretensão de mobilizar a ESB na construção desta ação que entendemos ser de promoção, prevenção e educação, sem depender de equipamentos e materiais odontológicos específicos. Desta forma, poderíamos entender a visão dos usuários/funcionários acerca do questionamento “o que prende o dentista ao consultório odontológico?”.

O dia da instalação da boca foi bem marcante, com funcionários e usuários agitados e intrigados com o que aconteceria dali em diante. Houve uma mobilização da equipe para sua montagem no que dizia respeito ao local em ficaria melhor, mais visível, com maior circulação de pessoas, providenciando fita adesiva, mesa, caixa de papelão etc. Gerou muitos comentários entre os trabalhadores da Unidade que também queriam responder ao questionamento diretamente, sem nem escrever nos papéis. Depois, à noite, com a UBS já fechada e olhando a boca instalada na recepção, nos demos conta dos desdobramentos desta interferência, de ela ser visível até para quem passa na rua e não somente para quem entra na Unidade, uma verdadeira provocação! Como era o objetivo da tarefa do GEPPRA.

As respostas dadas⁵ à pergunta colocada no cartaz sobre o que se passa pela boca foram as mais variadas, desde alimentos em geral e chope, objetos (como lápis, tampa de caneta, escova e fio dental, haste de óculos), bem como batom, unhas, “pelinha” da boca, “porta de bactérias”, doença, medicação. Respostas também abarcaram saúde, saliva, órgão genital,

³ A consigna deste trabalho era a produção de uma interferência no ambiente de trabalho de cada mestrando(a), para provocar uma reflexão sobre o produto técnico do Mestrado.

⁵ As respostas estão transcritas conforme constam nos originais.

esperma, “a língua da mulher amada”, “tudo que interessa”. Tais respostas representaram, de alguma maneira, as dimensões da boca humana em sua integralidade, da bucalidade.

A instalação da nossa boca inflável ficou por duas semanas na recepção da Unidade, e enquanto ela esteve em posição, percebemos que houve repercussões internas à equipe e externas, nos surpreendendo o número de manifestações. No dia da retirada, alguns funcionários pediram que ela ficasse dizendo “ela é muito linda!”. Tais manifestações provocaram reflexões na pesquisadora, será que eles a encaravam como objeto de decoração?, ou será que os questionamentos eram em função da representação da sua beleza? Se adentrarmos no universo filosófico, podemos dizer que o conceito de beleza, como usamos nos dias atuais vem da Grécia antiga e vários filósofos se debruçaram a pensar sobre ela. Não temos pretensão de aprofundar esta discussão, mas podemos traçar uma aproximação com o conceito de beleza para Hegel⁶, que em seu famoso curso de Estética afirma que

A beleza é uma das armas mais poderosas que o homem possui para superar o seu destino trágico. Trágico por que vivemos entre dois polos, esse mundo natural onde residem todas as nossas paixões sensíveis que nos tomam e são de ordem inferior e o mundo perfeito das ideias. O homem para Hegel é dilacerado por essas duas esferas, e cabe a Beleza, na arte, o papel de nos livrar dessa contradição (SILVA, 2014).

Independentemente do que poderia estar nos dizendo, o fato é que a presença da boca inflável provocou um certo movimento na UBS. Depois de retirada, a equipe não falou mais nada e, infelizmente, também não tive oportunidade de me aprofundar na investigação, numa reunião da equipe, por exemplo.

1.6. Demanda de cuidados aos(as) idosos(as) na Unidade

Com relação às demandas de cuidados para os(as) idosos(as) na Unidade investigada, podemos perceber, pela experiência do dia-a-dia, que só vem aumentando. Muitos dos(as) idosos(as) relatam que possuíam planos de saúde privados e não mais os tem, seja porque foram desligados das empresas que trabalhavam que custeava esse serviço, se aposentaram, ou até mesmo por perda do poder aquisitivo e aumentos abusivos que inviabilizaram o pagamento do

⁶ Para título de conhecimento, o belo que interessa a Hegel é o belo artístico e critica o belo natural de Kant. Na concepção de Hegel, o belo artístico é sempre superior ao belo natural, sendo ele uma produção do espírito, e o espírito superior à natureza.

serviço por eles mesmos. Alguns também frequentavam consultórios odontológicos particulares e precisaram deixar porque, ao se aposentarem, seus salários caíram substancialmente e não puderam arcar com mais este custo. Numa outra frente, outros(as) idosos(as) dizem que não tinha conhecimento a respeito Unidade de saúde perto das suas casas e não sabiam que tipos de serviços eram oferecidos e para qual público. Esses dados nos fazem refletir se as ações produzidas na Unidade, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais de resposta à demanda espontânea, mostram-se suficientes para dar conta das amplas necessidades da população idosa.

A heterogeneidade do grupo de idosos(as), seja em termos etários, fisiológicos ou socioeconômicos e, ao mesmo tempo, marcado pelos padrões culturais de uma época, acarreta demandas diferenciadas, o que tem implicações na formulação de políticas públicas para o segmento, sempre lembrando que ações interdisciplinares podem otimizar o processo de envelhecimento (CAMARANO, 2004). Percebe-se que os serviços odontológicos na AB não atendem às reais necessidades bucais da pessoa idosa e por isso, há uma demanda que precisa ser ouvida, pois essa sua percepção de saúde pode nos brindar com fatores diversos daqueles que já conhecemos. É necessário buscar uma outra posição para o cuidado em saúde bucal que priorize a produção de subjetividade através da escuta do usuário realizada em encontros na clínica que deem sentido à intervenção restauradora e/ou cirúrgica.

Diante disso e nesse ponto do trabalho, faz-se necessário conceituar o que é entendido como “vulnerabilidade social”. Vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, no que tange à desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços e afeta de diferentes formas e intensidade as pessoas. É resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais e escolaridade, por exemplo, para o enfrentamento de desafios de toda natureza, inclusive do envelhecimento (JESUS et al., 2018). Carmo e Guizard (2018, p. 2) afirmam que “A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos”. O que nos leva a concordar com as autoras “que o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos” (CARMO; GUIZARD, 2018, p. 6).

A proposta é que os resultados encontrados neste estudo possam problematizar a atenção odontológica, trazendo reflexões do lugar interdisciplinar que ela pode ocupar e levar esta discussão para outros serviços do município, na busca da integralidade da atenção voltadas aos(as) idosos(as).

2. OBJETIVOS

*Acho graça a mocidade
Não querer envelhecer
Velho ninguém quer ficar
Moço ninguém quer morrer
Sem ser velho ninguém vive
Bom é ser velho e viver*

Odilon Nunes de Sá

2.1. Objetivo geral

Conhecer a percepção de saúde bucal dos(as) idosos(as) que frequentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Santos/SP.

2.2. Objetivos específicos

- a) Identificar as necessidades e demandas de saúde bucal destes sujeitos;
- b) Ampliar o debate sobre a integralidade do cuidado em saúde bucal da pessoa idosa, apoiado no conceito de Bucalidade;
- c) Problematizar a atenção odontológica para os(as) idosos(as) na Atenção Básica, no município estudado.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA: UM CAMINHO PARA ENTENDER ESSA REALIDADE

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de tipo descritivo e narrativo, em que participaram idosos(as) (pessoas com idade igual ou maior que 60 anos) de ambos os sexos, moradores da área de abrangência de uma UBS de Santos, para fazer parte da pesquisa. O número aproximado de idosos(as) neste bairro era 7.000 em 2010, um dos maiores em termos proporcionais no município (BRASIL, 2010).

Segundo Minayo (2012a; 2012b), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e não podem ou não devem ser quantificadas. A abordagem qualitativa pretende se aprofundar nos fenômenos humanos, nesse universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Desta maneira, optamos por esta abordagem pois com ela seríamos capazes de não apenas conhecer a percepção (sentimentos e representações) de saúde bucal dos entrevistados, mas também relacioná-la com valores, características culturais e sociais do contexto em que a pessoa está inserida. A forma puramente quantitativa seria limitada no entendimento do problema em questão, não dando conta de captar as experiências subjetivas dos indivíduos acerca de seu bem-estar (HAIKAL et al., 2011).

Na literatura encontramos muitos trabalhos que utilizam narrativas como metodologia de pesquisa. Elas mostram-se muito úteis em estudos de abordagem qualitativa, uma vez que a narratividade é uma forma artesanal de comunicação cujo objetivo é veicular conteúdos a partir dos quais as experiências subjetivas podem ser transmitidas. No trabalho com memórias, o sujeito aciona seus conhecimentos, crenças, valores, alegrias e tristezas, decepções e conquistas e expõe sua identidade, fruto de diferentes contextos, os quais se entrelaçam numa sucessão do tempo que ora aproxima-se e ora distancia-se do seu eu (EUGENIO; TRINDADE, 2017; SOUSA; CABRAL, 2015).

Nesta pesquisa a narrativa se apresenta como uma ferramenta que possibilitou explicitar os dados produzidos nas entrevistas semiestruturadas realizadas, trazendo as experiências e situações relacionadas à saúde bucal que estão implicadas no envelhecimento desses(as) idosos(as). A narrativa é também um meio de conhecê-los através de sua história de vida, pois eles contam casos, vivências que os fizeram estar ali, falam sobre a família, sociedade, política, natureza, amigos, relacionamento, esportes, educação, saúde, lazer e diversos outros temas que um profissional de saúde por vezes não está atento (FAVORETO; CAMARGO JR, 2011).

Além das narrativas, durante todo o percurso desta pesquisa foi produzido um Diário de Pesquisa (DP) que trouxe percepções dos encontros, desencontros, das visitas, das entrevistas, das experiências com o outro e a escuta da história de vida dos(as) narradores(as). Constituiu-se também numa maneira de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, demonstrando a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Conteúdos produzidos a partir do DP também foram utilizados para a análise dos dados.

Este trabalho foi submetido à apreciação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e projetos de Extensão da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, e aprovado em 25/03/2019 conforme declaração apresentada no Anexo A. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), e aprovado em 24/06/2019, conforme o Parecer Consubstanciado no. 3.407.980 (Anexo B).

Após a aprovação do CEP, foi iniciado o trabalho de campo para a produção dos dados que se constituiu em seis etapas:

1ª. Etapa - Definição dos participantes

Os sujeitos da pesquisa foram idosos(as), moradores(as) do território no entorno da UBS Aparecida, caracterizada pela presença de micro áreas com diferentes características, contextos e vulnerabilidades. Inicialmente buscou-se apoio dos(as) ACS da Unidade (num total de sete) para uma aproximação com a realidade da população que vive neste território e, também, pactuar a seleção dos(as) idosos(as). Buscou-se esta parceria com ACS devido a serem eles(as) que possuem vínculo direto com o território e seus moradores, lembrando que se trata de uma Unidade que não possui a ESF. No entanto, precisamos mudar de estratégia uma vez que não conseguimos construir uma parceria para o envolvimento dos mesmos com a pesquisa. Traremos com mais detalhes como aconteceu de fato o processo de chegar até cada um dos(as) narradores(as) quando descrevermos o trabalho de campo. Assim sendo, tivemos 10 idosos(as) que concordaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Cabe ressaltar que o número de participantes não foi preocupação em nossa investigação, pois tratou-se de uma pesquisa que privilegiou a análise qualitativa em que a representatividade amostral em relação ao universo pesquisado não necessita ser considerada. O principal foco é o aprofundamento da informação e esta não está na quantidade de pessoas entrevistadas. Outro fator importante foi a complementaridade da produção dos dados com o uso de outras estratégias.

2ª. Etapa – Visitas

A visita à casa das pessoas selecionadas foi o momento para explicitar a pesquisa e fazer o convite, detalhando todas as etapas, e também ler o TCLE para assinatura caso concordassem participar da pesquisa. Houve acompanhamento dos(as) ACS em seis visitas, duas visitas foram feitas sem esse acompanhamento e três sujeitos não aceitaram a visita e preferiram participar da pesquisa indo até a Unidade.

Mesmo sabendo que não seria fácil, acreditamos que a possibilidade de visitar as casas dos sujeitos poderia trazer mais riqueza de detalhes à pesquisa por ser possível, desta forma, observar suas condições de vida e uma aproximação da dinâmica familiar.

3ª. Etapa – Entrevista semi-estruturada

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e visa encorajar e estimular o sujeito entrevistado a contar algo sobre acontecimentos importantes de sua vida e do contexto social sem se prender à indagação formulada. É uma ferramenta de pesquisa qualitativa que visa a profundidade em aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto (EUGENIO; TRINDADE, 2017; MINAYO, 2014; MUYLAERT et al., 2014). A característica principal desta entrevista é a mínima interferência do pesquisador durante o relato do entrevistado, pois é importante que ele encoraje uma narração livre, sem elaboração prévia.

Nesta presente pesquisa, inicialmente utilizou-se um roteiro de entrevista (Apêndice B). Aos poucos, e à medida que a pesquisadora foi se apropriando do processo, a utilização desse roteiro tornou-se desnecessário, deixando, assim, mais espaço para os narradores falarem livremente, seguindo o movimento de cada um.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, como um procedimento para construção de dados da pesquisa. O objetivo foi reconstruir experiências bucais a partir da perspectiva dos informantes, e o importante era o que a pessoa registrava de sua história, o que experienciou, o que era real para ela e não os fatos em si (passado versus história).

4ª. Etapa – Exame Clínico Bucal

O exame clínico bucal se deu no ambiente odontológico e ocorreu apenas para os(as) idosos(as) que tinham alguma queixa bucal, ou cujo tratamento odontológico havia sido concluído há muito tempo, ou ainda que relataram necessidade de troca de próteses. Este exame foi proposto inicialmente fundamentando-se em estudos, como os de Silva e Fernandes (2001), Silva et al. (2005) e o de Haikal et al. (2011), que apontaram evidências de que, apesar de as condições de saúde bucal apresentarem-se insatisfatórias ao exame feito pelo dentista, a maioria dos participantes relatou não necessitar de tratamento odontológico e uma percepção de saúde bucal altamente positiva.

Era essa discrepância que se esperava encontrar ao realizar o exame bucal: condições de saúde bucal consideradas inadequadas pelo dentista em pacientes que diziam-se satisfeitos com sua boca. Porém, com o desenrolar da pesquisa, a presença ou ausência dessa discrepância perdeu sentido ao passo que esta etapa se mostrou desnecessária e que pouco contribuiria para a reflexão proposta. Entendemos, assim, que o que realmente importava saber era a percepção da pessoa com sua própria condição bucal, sem necessidade de comprovação por parte do dentista. Desta forma, a escolha metodológica favoreceu a valorização dos relatos dos narradores em detrimento ao exame bucal completo feito pelo dentista para comprovar ou não seus achados clínicos.

5ª. Etapa – Construção das narrativas

Após realização das quatro primeiras etapas (definição dos participantes, visitas, entrevista semiestruturada e exame clínico bucal), construímos as narrativas para serem apresentadas aos idosos(as). Para Cunha (1997, p. 188),

(...) a narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Tomando-se distância do momento de sua produção, é possível, ao “ouvir” a si mesmo ou ao “ler” seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência. Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, auto determinando a sua trajetória.

6ª. Etapa – Entrega das narrativas

A entrega das narrativas estava prevista para ser realizada após o Exame de Qualificação, em que seria agendada uma data para apresentação presencial da primeira versão das narrativas para cada narrador(a). Porém, em decorrência da necessidade de isolamento social imposto pela pandemia do Novo Coronavírus, foi necessário fazer adequações para a continuidade da pesquisa.

No início do mês de setembro de 2020, com a flexibilização das regras de isolamento social, foi possível encontrar uma maneira de entregar essa primeira versão da narrativa impressa à cada um(a) deles(as). Foi um momento de compartilhar com os participantes uma primeira versão e permitir que cada um(a) pudesse fazer ajustes e comentários antes da escrita final das narrativas.

A análise dos dados desta pesquisa se deu na construção de saberes e conhecimentos a partir das interpretações e compreensões possíveis do percurso, das ações que foram acontecendo nas narrativas dos sujeitos e na narrativa do próprio pesquisador sobre o pesquisar, investigar, interpretar e organizar acontecimentos de vida. Não feita para propor verdades absolutas, pois não está absolutamente em questão defender uma verdade única, mas para dar sentido às múltiplas verdades existentes nas narrativas de cada indivíduo.

Para iniciar a análise e, no sentido de buscar respostas para os objetivos propostos na investigação, consideramos três categorias, a saber: 1) a percepção de Saúde Bucal dos(as) idosos(as); 2) a integralidade do cuidado em Saúde Bucal da pessoa idosa e; 3) as necessidades e demandas de atenção odontológica para os(as) idosos(as) no município. Buscou-se relacionar estas categorias da forma como se apresentaram nas narrativas e, assim, traçar um diálogo com a literatura.

4. NARRATIVA DE UMA PESQUISADORA: CONSTRUINDO SEU TRABALHO DE CAMPO

*Largas dentaduras,
vosso riso largo
me consolará
não sei quantas fomes
ferozes, secretas
no fundo de mim.
Não sei quantas fomes
jamais compensadas.
Dentaduras alvas,
antes amarelas
e por que não cromadas
e por que não de âmbar?
de âmbar! de âmbar!
feéricas dentaduras,
admiráveis presas,
mastigando lestas
e indiferentes
a carne da vida!*

Dentaduras duplas, Carlos Drummond de Andrade

A partir dos registros no DP, vamos contar como aconteceu o trabalho de campo em ato, com suas imperfeições, erros, acertos e readequações. O trabalho de campo teve duas fases, a primeira, de maio de 2019 a janeiro de 2020, tratou da seleção dos participantes, visitas domiciliares, entrevistas e construção das narrativas e; as tarefas da segunda fase, iniciada em setembro de 2020, foram a respeito da entrega e devolutiva das narrativas.

Os DPs foram construídos durante todo este período do trabalho de campo sendo que, em alguns momentos, os registros ocorreram com maior frequência, e em outros, menor. Conforme afirmam Pezzato, Botazzo e L'Abbate (2019, p. 302), apoiados nos estudos de René Lourau: “a escrita diarística coloca em cena a dimensão escondida da pesquisa, levando o pesquisador-diarista a caminhar pelos labirintos do ‘como se faz a pesquisa’.” Os autores

propõem, ainda, o DP como uma “estratégia de coletivização das experiências e análises” dos pesquisadores implicados com a investigação.

Iniciei o trabalho de campo com a proposta de buscar parceria com os(as) ACSs para acessar os sujeitos da pesquisa, nossos(as) narradores(as). Para tanto, participei de seis reuniões de ACS, ocorridas num período de quatro meses (de 12 de abril de 2019 a 15 de agosto do mesmo ano). Foi meu primeiro deslocamento do papel de dentista dentro do serviço, pois nunca havia participado de qualquer reunião na Unidade, visto que a prioridade para a ESB é sempre o atendimento clínico (SANTOS; ASSIS, 2006).

Inicialmente, a proposta para coleta de dados levava em consideração a participação dos(as) ACSs para pensar e selecionar idosos(as) para participarem da pesquisa, de acordo com suas respectivas áreas de abrangência de trabalho. Porém, apesar de parecerem receptivos à ideia, tive dificuldades em envolvê-los(as) com a pesquisa e, desta maneira, consegui apenas dois participantes. Na busca de outros modos de seleção, obtive cinco idosos(as) que estavam em tratamento odontológico ou haviam concluído. Como não conhecia o território muito bem, abordei os(as) ACSs individualmente nos corredores da Unidade, pedindo que me acompanhassem no primeiro contato com esses(as) idosos(as), uma vez que eles(as) os(as) conheciam. Neste ínterim, consegui mais duas indicações feitas pelos(as) ACSs. Ainda na busca de outras maneiras de conseguir mais participantes, quando não estava em atendimento no consultório, participei de duas Reuniões do Conselho Local e duas reuniões do Grupo dos Insulino dependentes que aconteciam na Unidade. Destas reuniões, consegui mais três idosos(as). Por último, pedi às profissionais da equipe odontológica (2 ASB e 2 CD) que sugerissem idosos(as) que avaliassem como interessantes para incluir na pesquisa e, assim, uma ASB indicou mais um idoso(a), finalizando a seleção de participantes.

O modelo tradicional de formação e atuação reducionista do CD que foi construído ao longo do tempo pelos próprios profissionais e, depois, reforçado pela sociedade, faz com que os profissionais da Saúde Bucal que trabalham numa equipe multiprofissional como numa UBS se isolem em suas salas e não interajam com os demais. O envolvimento também precisava ocorrer num contexto mais amplo, até a família e a comunidade, mas, infelizmente, no modelo vigente no município, isso se restringe apenas às USF.

Com aceite de participação na pesquisa de 10 idosos(as), as entrevistas/visitas foram realizadas em horários pactuados com o serviço. Antes das visitas domiciliares, fazia um contato telefônico, para tentar combinar dia e horário, tentando compatibilizar os horários dos(as) idosos(as), meus e dos(as) ACS. Um participante, já pelo telefone, declinou participar da pesquisa. Houve um(a) idoso(a) que aceitou a visita, mas não participar da pesquisa, após consultar os filhos. Desta maneira, consegui visitar seis idosos(as) na companhia de uma ACS e dois idosos(as) visitei sozinha, por indisponibilidade da ACS. Três idosos(as) que declinaram a visita domiciliar, tendo sido o primeiro encontro na UBS.

A realização das visitas domiciliares foi um segundo deslocamento do papel de dentista, pois sempre ficamos esperando o usuário vir até nós na UBS, bem alheios ao bairro que nos cerca. É comum chegar à Unidade, atender os pacientes com hora marcada e ir embora. Foi inédito conhecer a área ao entorno da UBS, por meio dos trajetos realizados, e perceber a extensão do bairro, com micro áreas muito distintas entre si.

Nos trajetos com as agentes, elas foram contando a respeito dos casos que mais atendem como gravidez indesejada, dependência química, recém-nascido de risco etc. Segundo elas, não conseguiam visitar todos os moradores de suas áreas (seriam aproximadamente 1500 para cada um), porque têm muitas reuniões e grupos para participar na Unidade, então passam praticamente todo tempo lá. A opinião delas é que a UBS também não dá conta de atender a todos pois faltam insumos, espaço físico e profissionais. Comentaram que muitas famílias do bairro têm plano de saúde privado e mesmo assim, solicitam acompanhamento por ACS e utilizam muitos serviços na UBS (como farmácia, dentista, curativo e vacinas). No geral, as oito visitas realizadas transcorreram bem e pude fazer o convite para a participação na pesquisa.

Na primeira visita domiciliar da minha vida, fui acompanhada da ACS N, conversando pelo caminho sobre as particularidades do bairro. Sempre ficamos esperando na Unidade os usuários irem até nós com suas demandas, numa UBS tradicional, como a nossa. No curto percurso, ela foi contando sobre os casos complexos em que é solicitada, que acredita serem designados a ela devido aos 19 anos de experiência de trabalho como ACS. Os casos envolvem gravidez psicológica, violência doméstica, estupro, dependência química e outros.

A moradora visitada foi extremamente receptiva, já tinha sido atendida na Odontologia muitas vezes, inclusive por mim. Aceitou participar da pesquisa e combinamos a data da primeira entrevista, que foi na UBS. A participante já foi adiantando um pouco do conteúdo que seria investigado posteriormente, contou um pouco da sua história de vida e seu dia-a-dia:

ela mora sozinha com um papagaio, é viúva há 10 anos e tem quatro filhos; tem muitas atividades fora de casa e está muito orgulhosa de si mesma porque agora frequenta a Universidade da terceira idade, e nunca achou que conseguiria; distrai-se frequentando o Espaço do Idoso (nos fundos da UBS), em aulas de teatro e dança e; sente muita vergonha por ser fumante, já foi fortemente “intimada” a parar, mas não conseguiu.

Com a ACS I, também fui conversando a caminho da segunda visita domiciliar e explicando como funcionaria a pesquisa, quais seus objetivos. Ela, também receptiva, ressaltou que, apesar dessa área ser de responsabilidade dela, não consegue visitar todos os munícipes.

A moradora foi receptiva à visita, queixou-se um pouco de dor nas pernas que, segundo ela, começaram quando ela fez 90 anos. Mesmo assim, não deixava de participar das muitas atividades fora de casa. É viúva e cuidou de um filho doente por alguns anos, até que ele faleceu (ao contar isso, ela se emocionou).

Expliquei em detalhes os passos da pesquisa. Porém, por morar sozinha e ter idade avançada (90 anos), ela pediu para deixarmos com ela o TCLE para que seus filhos também pudessem dizer se concordavam ou não com sua participação. Na semana seguinte, ela esteve na UBS, devolvendo o TCLE e declinando da participação.

Na terceira visita, fomos recebidas por um casal que foi muito receptivo. Acredito que essa receptividade possa ter sido devido à consideração de amizade que possuem com a ACS N, segundo eles, de mais de 20 anos.

O senhor tratou-se na Odontologia com outra profissional, mas não concluiu o tratamento por incompatibilidade de horário. Ele aceitou participar da pesquisa e combinamos a data para entrevista na UBS. Ele e a esposa trabalham com construções, reformas e pintura, e não podem negar trabalho quando estes aparecem.

Conforme explicava a pesquisa, eles iam adiantando alguns assuntos da entrevista. Logo de início, ele contou que naquela semana mesmo tinha procurado uma dentista de um consultório próximo para extrair um dente que doía. Ele, a esposa e o filho pareceram indignados por ele ter tratado os dentes na UBS e mesmo assim ter tido dor no dente que acabou por ser extraído. Nisso, fiquei tentando convencê-lo a não extrair os dentes remanescentes e a

fazer um novo par de PPR (superior e inferior)⁷ no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); disse que ele perderia muito da força da mastigação com as dentaduras e dificilmente conseguiria comer os alimentos mais rígidos, que ele tanto gostava.

Naquele dia, fiquei refletindo sobre o acesso ao serviço de saúde bucal na UBS, em como o tratamento dispensado ao usuário o afasta. A exemplo disso, a rigidez nos horários e nos procedimentos.

A quarta participante morava com o marido e duas netas. Tinha o compromisso de acordá-las para estudar e trabalhar, fazer almoço, cuidar das roupas, como se fosse a mãe. Gosta muito de conversar e foi emendando um assunto no outro, até que a interrompêssemos para ir embora. Acredito que é porque tem várias queixas de saúde como hipertensão, diabetes, infecção urinária recorrente, artrose, e achou que estaríamos ali também para resolver isso, e não só falar da pesquisa.

Já quanto à saúde bucal, não apresentava queixas, usa Prótese Total⁸ (PT) superior e PPR inferior há muitos anos, feitas num consultório dentário particular próximo. Aceitou participar da pesquisa, nas dependências da UBS.

A quinta visitada morava numa casa extremamente simples de quatro cômodos, numa região que acreditei já fazer parte do bairro Estuário, um pouco mais afastado da UBS e diferente dos anteriores. Esta foi a situação de maior vulnerabilidade encontrada na pesquisa, pelo menos na situação da moradia.

Ela vivia com um dos filhos e a cachorra. Pareceu muito feliz com a nossa visita, disse que nunca achou que uma “doutora” iria visitá-la em casa. “As pessoas acham que sou muito velha, que tenho muito mais que 70 anos, mas ainda tenho 69!”, disse. Usava apenas uma PT superior bem desgastada, porque a inferior quebrou (ela colou, mas nunca mais serviu direito). Segundo ela, “Quando estiver com os dentes novos, vou poder paquerar, namorar... Desse jeito que está, não consigo”.

⁷ É um aparelho protético que substitui os dentes naturais perdidos nas arcadas em que ainda permanecem alguns dentes naturais, ou seja, em casos em há perda parcial de dentes. É chamada de removível porque pode ser retirada pelo portador no momento em que este desejar.

⁸ É a prótese dentária que substitui artificialmente os dentes perdidos de toda uma arcada dentária, inferior, superior ou ambas.

Disse também que andava muito “esquecida” e que gostaria de conversar com um médico sobre isso. Estava extremamente preocupada com a saúde da cachorra que teve que fazer uma cirurgia e estava se recuperando. Aceitou participar da pesquisa mesmo parecendo não entender bem do que se tratava. Quando nos encontramos na UBS, expliquei novamente.

Com a ACS V, conversei sobre como os profissionais que atendem na UBS ficam alheios ao que acontece ao redor, no bairro. Ela também comentou que, muitas vezes, se impacta com situações que presencia no trabalho e quando volta para casa fica pensando sobre eles.

A sexta visitada foi receptiva à visita e à pesquisa, mas ficou um pouco decepcionada quando expliquei que as entrevistas seriam individuais, pois ela preferia em grupo.

Se disse muito medrosa, como medo de golpe e de ladrão. Segundo ela, é por isso que , não atende mais o telefone quando vê que é um número desconhecido. “Estou esperta, tranco bem a porta!”, disse.

Queixou-se que tentava marcar os médicos especialistas e não conseguia. É diabética insulino dependente há muitos anos e, por conta disso, acha que deveria receber um atendimento mais ágil. Com relação aos dentes, estava usando PTs bem desgastadas por que as novas que fez no CEO não ficaram boas (ficaram pequenas, curtas) e não têm a estabilidade dessas antigas.

Aceitou participar da pesquisa, e marcamos as entrevistas na UBS.

Na sexta visita domiciliar fui sozinha por dificuldade em combinar um horário compatível com as(os) ACS. Eles(as) são em número pequeno e têm muitos compromissos, ou estavam de férias. Também, eles demonstraram pouco interesse na pesquisa e nem sempre estavam disponíveis porque não podiam/queiram visitar idosos(as) que não fossem de sua área de abrangência.

A moradora visitada concordou com a visita e com a entrevista, sugerindo que já começássemos no mesmo dia. Ela vivia com o marido e, segundo ela, cuidava dele 24h por dia. Ele parecia ter algum tipo de demência, mas nenhum dos dois soube dizer exatamente o que ele tem. Ela só soube dizer que ele não está bom da cabeça, já se perdeu na rua mais de uma vez e toma medicamentos controlados e de alto custo. É extremamente preocupada com ele, e o leva para onde precisar ir: banco, UBS, igreja etc. Ele acompanhou toda a conversa, sentado num sofá na nossa frente e, de vez em quando, participava e emitia alguma opinião.

A idosa praticava hidroginástica duas vezes por semana, quando a filha vinha de Cubatão para ficar com o marido. Elogiou muito os médicos com os quais já se consultou na UBS, segundo ela, todos atenciosos. Não sabia que havia consultórios odontológicos, o que considerei grave, porque sempre houve dentista naquela UBS.

Mais uma vez ficou marcado o distanciamento da Odontologia do restante da equipe bem como a fragmentação do cuidado neste modelo de UBS que temos em Santos. Quando precisou de tratamento dentário, foi a um consultório particular, foi bem caro, e teve que pagar em parcelas.

Na sétima visita também fui sozinha por conta da dificuldade de compatibilidade de horários com as(os) ACS.

A idosa concordou em participar da pesquisa e agendamos uma tarde nas dependências da UBS. Também preferiu que fizéssemos tudo num encontro só, pois não conseguiria ir à UBS mais vezes: os netos estavam próximos de entrar de férias e ela teria que ficar com eles. Mora sozinha, é aposentada e bastante independente. Tinha algumas atividades fora, nos horários em que os netos estão na escola.

Com relação à saúde, sempre fez “o básico” na UBS: ginecologia e dentista. Segundo ela, “Tenho um pouco de dor aqui e ali, o normal para minha idade... Trabalhava muito e cuidava dos meus filhos, depois cuidei dos meus pais; agora já sou tipo uma dondoca, muito fresca, não posso isso, não posso aquilo...”.

As entrevistas foram realizadas em sala de consulta médica da Unidade, isto é, fora da cadeira e do ambiente odontológico, buscando estabelecer uma outra relação entre “dentista e paciente”⁹. Uma participante foi entrevistada em sua própria casa, no dia da visita domiciliar.

Como a maioria dos(as) entrevistados(as) era de pessoas que já tinham sido atendidas no consultório odontológico por mim ou por outra dentista, acredito que as entrevistas fluíram melhor e não houve perguntas de difícil entendimento.

⁹ Este modo de fazer consulta odontológica foi inspirada na proposta do Projeto “Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde”, chamada 10/2012 MCTI/CNPq/MS-SCTIE, aprovada pelo CONEP - Processo n° 501-069/2014.

Na maioria das vezes, minha tendência durante as entrevistas era fazer perguntas de uma consulta homeopática, ou de acupuntura, e enquanto escutava as histórias dos narradores, procurava sintomas repertorizáveis¹⁰... Então, para a maioria dos pacientes, foi inevitável não prescrever algum medicamento homeopático ou sessões de Acupuntura. No dia a dia do consultório, não tenho esse hábito, a menos que a pessoa peça, porque as consultas não são aprofundadas ou demoradas a esse ponto, sem contar que o espaço para os consultórios odontológicos é compartilhado, e a pessoa pode ficar constrangida de relatar algo mais íntimo. (DP, set/2019)

A partir dessa prática, surgiu a ideia de usar pseudônimos para os(as) narradores(as) com nomes de medicamentos homeopáticos provenientes da repertorização. Trazer a Homeopatia¹¹ para a pesquisa foi uma tentativa de trazer um olhar mais integrativo, ampliando a clínica odontológica de alguma maneira. Melhorar a qualidade do cuidado que é oferecido, pensando na boca relacionando-se ao restante do corpo e porque não, com o entorno, a realidade local daquele corpo? “Abrir a ‘caixa de ferramentas’ para terapêuticas integradas, o que não seria pouco” (FONSÊCA et al., 2016, p. 1041).

“O homeopata deve ser um observador livre de preconceitos”, frase de Samuel Hahnemann, expressa bem como deveríamos ouvir o outro com todos os sentidos, e estar abertos à conversa, sem restrição. A escolha do medicamento na Homeopatia leva em conta os sinais e sintomas mais notáveis, singulares, extraordinários e peculiares, o que faz daquela cefaleia ou daquela insônia únicas e, quanto mais parecido o medicamento for com o paciente, melhores serão os efeitos.

É possível observar muitas semelhanças entre o modelo de atenção e cuidado ideais da ABS e a Homeopatia, começando pela concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, visto pela lógica da integralidade, e pelo valor das consultas. A clínica homeopática busca uma abordagem mais integral da pessoa, escuta acolhedora no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, uma escuta do outro que não se resume à doença ou às queixas. Também na ABS, o espaço terapêutico fortalece o vínculo, e é centrado na pessoa.

¹⁰ Sintomas “raros, peculiares e característicos” narrados por cada pessoa, não necessariamente “patológicos”, que contribuem para a definição do medicamento homeopático mais similar àquela pessoa.

¹¹ Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Fundamentada na Lei dos semelhantes (*Similia similibus curantur*): uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente.

O modelo de atenção baseado na promoção da saúde, como preconizado na formulação das políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas tradicionais do consultório odontológico na ABS. Tornou-se muito evidente a importância da escuta qualificada para acontecer num ambiente desfavorável à humanização do cuidado, acolhimento e vínculo como é o consultório odontológico, com todo seu arsenal tecnológico exposto. Sair deste espaço para uma primeira consulta pode, inclusive, ser uma tentativa de superar as limitações vividas na relação paciente-dentista. O relato frio de uma condição de saúde cede espaço para a doença percebida de forma subjetiva e singular (PIMENTA; L'ABBATE; PEZZATO, 2017).

Levando em conta que toda pesquisa de campo produz um forte envolvimento na relação pesquisador-pesquisado, em que há alguma interferência no processo investigativo, senti-me extremamente implicada como “trabalhadora-pesquisadora”. Inserida naquele contexto, ao refletir a respeito das fragilidades profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais em meu DP, como relatadas por Pezzato e L'Abbate (2011), possibilitou-me enxergar outros modos de intervenção na própria clínica odontológica, colocando-a em discussão. Também me moveu a produzir algo naquele campo, compreender determinada dinâmica e intervir nela (SOUZA; CARRETEIRO, 2016). E ficou a pergunta: como manter certa distância para elaborar o que é ouvido, o que é vivido, numa pesquisa como esta?

O exame clínico bucal estava previsto em nosso projeto como o momento de articulação dos achados clínicos com as histórias/experiências trazidas nas entrevistas e narrativas. Porém, apenas dois narradores possuíam os critérios que traçamos para esta etapa (ver página 36).

Em um deles fizemos o registro da história clínica no prontuário sem o uso de odontograma¹², pois não tinha uma queixa específica; no segundo usamos odontograma, pois expressou o desejo de dar andamento no tratamento odontológico completo na Unidade. Nesta etapa, tivemos também uma continuação da entrevista, articulando os achados clínicos com as histórias/experiências trazidas. Opcionalmente, durante o exame físico, o(a) narrador(a) pode acompanhar o exame por meio de um espelho de 13x17cm, podendo observar e discutir sobre sua condição bucal.

¹² Odontograma é um formulário, em forma de diagrama, utilizado nos atendimentos odontológicos, geralmente na primeira consulta, no qual é registrada a situação em que se encontra cada elemento dentário. Serve tanto para registro de trabalhos realizados como, também, para identificar uma pessoa.

Esperava encontrar um paradoxo ao realizar o exame bucal: condições de saúde bucal deficientes, em pacientes que se diziam satisfeitos com sua boca. Com o desenrolar das entrevistas, esta etapa se mostrou desnecessária e que pouco iria contribuir para minha reflexão, e foi perdendo o sentido para a pesquisa. Tal fato foi suficiente para mudar minha percepção inicial de que os exames bucais eram indispensáveis. Realmente, as histórias contadas durante as entrevistas foram suficientes para conhecer a percepção de saúde bucal que eles tinham, os tratamentos odontológicos aos quais haviam sido submetidos ao longo de suas vidas e as condições de saúde bucal em que eles se encontravam: *Nux vomica* em seu relato disse que “uma vez precisou fazer tratamento de canal em dois dentes para salvá-los, e não quis. Quando foi ao dentista, ele extraiu uns quatro dentes e ela não soube nem porquê... Depois disso, foi perdendo de um em um. Já passou por mais de 10 profissionais...”. *Ignatia amara*, por sua vez, descreveu perfeitamente o que seria uma doença periodontal e o tratamento a que foi submetida há mais de 40 anos. As lembranças de *Lycopodium* “são do motor trepidando, aquele barulhão, levantava a mão porque doía... Era arrepiante! Os pais ficavam em cima na hora da escovação. Era muito comum extrair todos os dentes e colocar dentadura...”, o que ilustra bem o que estas pessoas viveram e vivem até hoje em termos de saúde bucal.

Fui percebendo, em minhas atividades de cuidado, que as pessoas ao serem solicitadas a responder questões em relação às suas queixas, relatavam outros acontecimentos ocorridos durante o processo de adoecer. À primeira vista, parece que esses fatos nada têm a ver com a experiência da doença e que as falas estariam se desviando da intenção da anamnese. Porém, quando o entrevistado relata longas e complicadas histórias está, de certa forma, revelando-se como pessoa. Concordando com Silva e Trentini (2002), é preciso fazer interações sociais e ouvir com atenção o que as pessoas têm e querem contar, o que se mostra como uma boa estratégia para obter informações a fim de planejar o cuidado.

Essa necessidade do dentista em querer olhar dentro da boca, examinar, interferir, medicar e medicalizar o processo, desconsiderando o que pensa e sente o dono da boca, vem desde sua formação na Universidade. O centro desta formação é o dente, e os programas de prevenção e educação em saúde bucal se detêm quase que exclusivamente à prevenção da doença cárie dentária, num cenário marcado pela maneira fragmentada de sua atuação profissional (FONSÊCA et al., 2017; KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

Mesmo com a chegada e instalação da pandemia do Novo Coronavírus em nossa cidade, não houve paralisação de atendimentos na UBS em momento algum, mas as atividades foram totalmente direcionadas para acolhimento e tratamento dos pacientes sintomáticos respiratórios. Na Saúde Bucal, por aproximadamente seis meses (de março a agosto de 2020), ficamos atendendo apenas demandas de pacientes urgentes. Durante esse período, acabei paralisando o andamento do trabalho de campo e o contato com os narradores.

No final do mês de agosto, recebemos a visita de *Ignatia amara* na Unidade, que veio perguntar sobre as reuniões do Conselho Local de Saúde, e por coincidência, ela se dirigiu à mim, mas não me reconheceu porque eu estava totalmente paramentada de acordo com o protocolo de biossegurança¹³ (duas toucas, duas máscaras, viseira, óculos de grau, pijama cirúrgico e avental). Respondi que as reuniões estavam suspensas por tempo indeterminado e, somente quando ela perguntou sobre “a pesquisa da dentista”, foi que me identifiquei e expliquei que estava suspensa por um tempo, mas que em breve a procuraria para conversarmos.

Não demorou muito e logo no início de setembro, com a flexibilização das regras de isolamento social, iniciei a entrega das narrativas impressas a cada narrador(a). Pareceram surpresos e felizes com o contato; tanto que *Staphysagria* disse: “Você se lembrou de mim!”. Para mim, foi muito importante retomar o contato com eles(as), para me reaproximar da temática da pesquisa e voltar a pensar na dissertação.

Na tentativa de tentar manter o isolamento social, ofereci-me para deixar as narrativas em envelope lacrado em suas caixas de correio. Seis deles preferiram ir até a Unidade para buscar suas narrativas; três narradores concordaram que as narrativas fossem deixadas na caixa de correspondências do prédio, e após a leitura, entrariam em contato para conversarmos novamente. Com uma das narradoras não foi possível contato telefônico e pedi ajuda à ACS V para levar até ela a narrativa impressa. No dia seguinte já tinha uma resposta: explicou que leram juntas e emocionaram-se em alguns trechos. A narradora ficou muito grata pela lembrança.

¹³ O Protocolo Padrão para Atendimento Odontológico, um guia para os profissionais da Odontologia se adequarem à nova rotina estabelecida pela pandemia do Novo Coronavírus, foi elaborado pela Comissão de Aprimoramento dos Serviços Odontológicos para atendimentos realizados durante a pandemia, de acordo com as orientações e protocolos veiculados pela ANVISA, Secretaria de Estado da Saúde de SP, Conselho Federal de Odontologia e Conselho Regional de Odontologia -SP.

Voltei a me encontrar com *Ignatia amara* depois de ela ter lido a primeira versão da narrativa que deixei em sua caixa de correspondência. Chegou até mim aflita, querendo devolver a narrativa porque não poderia mostrar para um dos filhos, justamente porque dele a narrativa não tratou. “Ele ficaria chateado, ia criar uma ciúmeira danada!!”, disse. Acabei conversando com ela ali mesmo na recepção da Unidade para que ela me contasse maiores detalhes deste filho e combinamos que eu reescreveria, incluindo esta parte, e que depois levaria novamente para ela ler. Neste dia, queixou-se de cansaço e pareceu sobrecarregada pelo dia-a-dia de cuidar dos netos durante a pandemia. Depois de acrescentar o parágrafo solicitado, deixei novamente a narrativa em um envelope lacrado em sua caixa de correio e telefonei na semana seguinte para mais uma vez obter suas impressões a respeito da nova narrativa. Foi quando me disse que estava satisfeita com as alterações, e que assim poderia mostrá-la a ambos os filhos. Assim que pudesse, voltaria à Unidade para conversarmos pessoalmente.

Silicea foi a primeira das narradoras a entrar em contato para combinar de conversar sobre sua narrativa. Foi cedo à Unidade e disse que a narrativa a retratou perfeitamente, mas que se eu precisasse de mais informações, era só lhe pedir. Também se ofereceu para participar de qualquer outra pesquisa que eu fosse fazer, porque acreditava serem extremamente válidas. Acabamos conversando mais sobre a situação atual, de como as pessoas estavam encarando a pandemia. Para ela, mais marcante que ter tido Covid, porque não teve sintomas graves, foi um caroço que ela encontrou na mama esquerda nesse mesmo período. Esteve na Unidade em consulta de urgência com a ginecologista, e não era nada grave, logo depois o caroço sumiu.

Bryonia foi buscar sua narrativa no fim de uma manhã de atendimento, levando consigo um álbum de fotos que, segundo ele, retratam tudo que ele mais gostava, e o que nele é mais marcante: o Carnaval, o CVV e o coral da Aparecida. Sempre muito simpático e solícito, disse não se abater “com pandemias”, e manteve o tempo todo o alto astral e o bom humor. Voltou poucos dias depois, com a narrativa cheia de “correções” feitas à lápis e caneta. Também quis me explicar em detalhes tudo que queria que acrescentasse, então expliquei que não poderia inserir tudo, pois ficaria muito extensa, e fomos negociando o que ele achava imprescindível: a começar pela raça, que não é negro e sim mulato, pois negro é muito mais escuro que ele; e os inúmeros cursos que já fez, como eletricista industrial e locutor de rádio. Depois de reescrita, entreguei a narrativa para ele. Neste dia, me perguntou: “sua professora está gostando do que você está escrevendo? Isso é importante também!”. Respondi que ela estava muito satisfeita com a evolução do trabalho. Voltou à Unidade ainda mais uma vez, para dizer que tinha ficado feliz com as alterações e saber quando eu apresentaria esta pesquisa na Universidade e para a

Secretaria de Saúde: “é muito interessante que você divulgue esse trabalho!!”, disse. Expliquei que apresentaria para uma banca de professores no fim de novembro e para a Secretaria de Saúde em seguida.

Natrum esteve na Unidade numa sexta-feira para buscar medicamentos e me procurou para dizer que já tinha lido a narrativa que eu havia deixado em sua caixa de correio. Parecia bem triste e preocupada com o marido que tem Alzheimer e teve uma convulsão no mês de maio. Passou duas semanas internado e agora não ficava mais sozinho em casa. Ela, a filha e a neta mais velha se revezam nos cuidados com ele. Combinamos de conversar na semana seguinte e, quando eu liguei, achou melhor eu ir até sua casa. Sentia-se cansada e desanimada, dormia mal e não tinha apetite, pois, além da preocupação com o marido, não tinha mais atividade nenhuma fora de casa, como a igreja ou natação que gostava tanto, e disse: “Gosto muito de gente!”. Só sorriu quando perguntei o que tinha achado da “historinha” que eu tinha escrito, e ela disse: “Ficou muito boa, está perfeita!”. Também me indicou um canal no Youtube chamado “Chico Museu TV Cultural” para eu ter uma ideia de como é a vida no interior do Nordeste. Disse que quando está saudosa da vida de lá, assiste a esses vídeos.

Entreguei a narrativa de *Staphysagria* ao seu marido que esteve na Unidade para buscar medicamentos e marcar consultas. Ele explicou-me que ela não estava saindo de casa por medo de contaminar-se e também por dor nos joelhos (tem artrose e mora no terceiro andar de um prédio sem elevador). Telefonei na semana seguinte para saber das impressões da narrativa, e sua primeira frase foi: “Menina, você me fez chorar! Como é que você conseguiu fazer aquilo?!”. Disse que gostou tanto que de vez em quando, lia novamente: “me trouxe pensamentos antigos, muitos bons...”. Achava que está mais chorona do que já era, talvez por causa do isolamento social, que acreditava ser obra da Natureza “mandando um aviso”, “um aviso que tá tudo errado!”, disse.

Lachesis foi uma das narradoras que foi buscar a narrativa na Unidade em um dia de consulta odontológica de rotina. Neste dia, conversamos sobre a pandemia, a mudança dela para Portugal que teve que ser adiada, e o falecimento da idosa de quem cuidava. Naquele momento já cuidava de outra idosa, inclusive, em dias alternados. Pareceu conformada de não poder ir tão cedo visitar a filha e a neta. Cuidou por várias semanas do ex-marido de 74 anos que levou um tombo logo no início de isolamento. Provavelmente ele não poderá morar mais sozinho, e ela já foi procurar uma instituição em que ele pudesse viver em São Vicente, pois teme que o Serviço de Assistência Social entre em contato com a filha e exija que ela cuide dele. “Vai

atrapalhar toda a vida dela em Portugal, talvez até tenha que vir embora para o Brasil!”, disse. Na semana seguinte, voltou para a última consulta e conversamos sobre a narrativa. Ela achou ótima e disse que até mostrou para as amigas, que adoraram. Quis complementar alguns assuntos que achou que seriam importantes, pois acreditava que tinha rejuvenescido e passou a ser mais alegre depois do nascimento de sua netinha; e tinha vontade de se casar novamente, mas tinha que ser alguém com estabilidade, honesto e sem vícios. “Não tô no beco ainda!”, disse.

O tratamento de *Nux vomica* foi retomado depois que dois dentes fraturaram, restando apenas fragmentos das raízes, havendo, assim, a necessidade do agendamento de novas extrações. Nestes encontros para o tratamento, mostrava-se envergonhada por não ter os dentes “da frente” e pela fala estar “assobiada”, escapando ar quando falava. Entreguei sua narrativa numa dessas consultas odontológicas de rotina. Foi a primeira vez que ouvi alguém se referir ao alvéolo do dente como “cova”, ao me contar um episódio em que teve alveolite¹⁴, depois de extrair um dente, há muito tempo: “O dente não doía nada, depois que o dentista extraiu, é que a cova do dente começou a doer! Onde já se viu isso?”. Voltou ao profissional, foi medicada e melhorou. Quanto à narrativa, disse que sempre que pode, volta a ler, pois gostou muito, “tem partes engraçadas e tristes, como foi minha vida!”. Foi uma das narradoras a quem prescrevi o medicamento homeopático, então também perguntei como estava se sentindo, se havia melhorado. Ela contou que não só achou ótimo, como da última vez que foi à farmácia, mandou fazer um vidro extra do medicamento para dar ao neto, de nove anos. Expliquei que remédio homeopático não funcionava assim e que para o neto talvez fosse melhor um outro medicamento, mais indicado para ele.

Capsicum procurou a ACS da sua área para saber como poderia retomar o tratamento odontológico, e assim marcamos uma consulta. Neste dia, aproveitei para entregar sua narrativa. Contou-me que acreditava já ter tido Covid, pois não parou de trabalhar durante a pandemia um dia sequer. No entanto, teve sintomas leves e logo se recuperou. Agora tinha planos de ir embora para Cananéia e morar num condomínio de casas, onde reside uma de suas filhas. “Como trabalho bem, sempre vou ter trabalho, onde estiver!”, disse. No dia em que marcamos para conversar sobre sua narrativa, disse que não estava se sentindo bem e desmarcou. Assim,

¹⁴ A alveolite caracteriza-se por uma infecção do alvéolo, que é a parte no interior do osso onde se encaixa o dente. Geralmente, uma alveolite ocorre depois de se extrair um dente e quando não se forma um coágulo sanguíneo ou este se desloca, desenvolvendo-se uma infecção.

conversamos pelo telefone alguns dias depois, quando ele me disse ter aprovado tudo que foi escrito.

Lycopodium foi buscar sua narrativa na Unidade, e combinamos de conversar sobre ela alguns dias depois. Ao perguntar sobre suas impressões da pandemia, se disse um fã do presidente Bolsonaro, e disse “onde já se viu, não querem dar cloroquina pro povo! Isso acabaria com essa pandemia muito rápido! Esse cara é um gênio!” (sic). Considerava-se uma pessoa que pensava e refletia antes de tudo que ia fazer, então não aceitava qualquer coisa: “Essa vacina chinesa, por exemplo, não vou tomar!”, disse. Relatou ter se decepcionado mais ainda com as pessoas neste período da pandemia. Quanto à pesquisa, disse que achou uma coisa tola a princípio, durante as entrevistas, mas ao ler a narrativa foi vendo que era mais sério do que imaginou, muito válido. Só esperava que viesse “de cima” uma solução para todas as questões que foram levantadas. Fiquei pensando que perdi a oportunidade de dizer a ele que esta pesquisa da qual ele participou é uma pesquisa científica, assim como as que comprovam que não há evidência científica até o momento de que a cloroquina seja um medicamento eficaz e seguro no tratamento da COVID-19.

Ao retomar o contato com os narradores e conversar com eles sobre suas narrativas é que me dei conta da força destas na transformação e fortalecimento do vínculo que foi possível construir com cada um(a) deles(as). Foi uma experiência tão marcante para mim, e de certo irei guardar essas pessoas para sempre em minha memória. Tenho, inclusive, vontade de lhes telefonar de vez em quando, para ter notícias, como se fossem meus amigos. Minha sensação é de dever cumprido e satisfação pelo trabalho realizado. Sem dúvida, noto repercussões pessoais transformadoras, de uma profissional mais técnica para a “ousadia” de ouvir das bocas das pessoas:

O sistema social conscientemente envolve as pessoas numa espiral de ação sem reflexão. Fazemos as coisas porque todos fazem, porque nos disseram que assim é que se age, porque a mídia estimula e os padrões sociais aplaudem. Acabamos agindo sobre o ponto de vista do outro, abrindo mão da nossa própria identidade, da nossa liberdade de ver e agir sobre o mundo, da nossa capacidade de entender e significar por nós mesmos (CUNHA, 1997, p. 190).

Em alguns narradores foi também visível a diferença entre a época das entrevistas, em que pareciam estar cumprindo um protocolo, respondendo ao que era perguntado, e com o momento da entrega e leitura das narrativas, me parecendo até um pouco surpresos com o vínculo criado por conta dessa troca. Pude reconhecê-los como verdadeiros coautores de todo

o processo, como portadores de muito conhecimento e com uma necessidade de deixarem um legado, tanto que estavam, de certa maneira, empoderados ao solicitar as alterações.

Para o serviço odontológico nas UBS, a pandemia trouxe uma sensação de insegurança e medo diante do desconhecido: Como vamos atender agora? Sem caneta de alta rotação¹⁵? E se fizermos teleatendimento? A fim de respeitar o protocolo de atendimento durante a pandemia e evitar a concomitância de horários de atendimento dos dentistas da Unidade, houve uma reorganização dos profissionais que trabalham na região da Orla, e uma das dentistas da Unidade foi remanejada. O novo dentista que veio para ocupar a vaga dela, ao deparar-se com a falta de canetas de alta rotação para todos, inconformado, perguntou: “Como pode dentista sem caneta?”.

A pandemia veio expor as várias fragilidades que já estavam instaladas, principalmente a falta de recursos materiais (janelas que não se abrem, falta de bomba à vácuo¹⁶, as cadeiras odontológicas todas na mesma sala, e estes atendendo concomitantemente, com divisórias entre os equipos, apenas uma caneta de alta rotação para os três dentistas, entre outros), humanos (falta de equipe auxiliar) e de integração com a equipe (acentuando ainda mais o isolamento da Odontologia perante os demais). A maior demanda da população tradicionalmente, e muito por conta da oferta histórica que a Odontologia sempre fez (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006), é pela técnica, especialmente para quem está com dor ou desdentado. Se não temos equipamentos ou insumos, e com as ações coletivas e em grupo suspensas, o nos que restaria fazer?

A pedido do Departamento de Atenção Básica da Prefeitura de Santos, foi elaborado por uma comissão de dentistas um protocolo de biossegurança detalhado e rigoroso para a retomada dos atendimentos eletivos da Odontologia no município, para proteção dos profissionais e dos usuários. Nesse documento constam várias solicitações de alterações estruturais nas Unidades e de equipamentos e materiais. Como fiz parte desta comissão, com o passar das reuniões, passei a me questionar: “porque só agora levantar essas exigências? Se sempre atendemos em condições técnicas precárias, e nossa região sempre foi endêmica para doenças infecciosas e transmissíveis como tuberculose, hepatite e Aids?”. Chega a ser irônico pensar nestas reivindicações apenas porque chegou o novo Coronavírus.

¹⁵ Equipamento utilizado pelos CDs que possibilita que a broca perfure ou corte o dente, irrigando-o com água abundante. Funciona a partir de uma alta rotação da turbina, que é atingida por meio de ar comprimido.

¹⁶ Equipamento que potencializa os aparelhos de sucção, diminuindo a formação e o raio de alcance da névoa contaminante causada pelo uso das canetas de alta rotação.

Desde o início da minha vida profissional na rede pública tenho tentado alguma interação, levantando do mocho e saindo da sala, seja por equipamento quebrado, falta de insumos ou energia elétrica, percorrendo a Unidade empenhada em me integrar com o restante da equipe, mesmo que minimamente. O dentista de “dedo seco”, sem a broca girando, é um desconhecido para todos! Enfim, são muitos questionamentos e reflexões que eu não teria se não estivesse neste processo de pensar que o Mestrado e escrita do DP me proporcionaram.

5. AS NARRATIVAS

Para que a velhice não seja uma irrisória paródia de nossa existência anterior, só há uma solução—é continuar a perseguir fins que deem um sentido à nossa vida: dedicação a indivíduos, à coletividade, a causas, trabalho social ou político, intelectual ou criador (...) A vida conserva valor enquanto damos valor à vida dos outros através do amor, da amizade, da indignação, da compaixão.

A velhice, Simone de Beauvoir

Podemos dizer que a produção dos dados começou com as visitas domiciliares, que funcionaram como tentativa de aproximação dos ACSs da temática da investigação, bem como da exploração do campo, em que as fases da pesquisa eram explicadas aos(as) narradores(as) e podíamos dar um início à conversa com eles. Para a construção das narrativas, buscamos nos dados produzidos nas entrevistas as experiências bucais pregressas e atuais de atendimento odontológico, de sofrimento ou não, relacionadas à Bucalidade, acrescidas das anotações do DP da pesquisadora, e também os aspectos da integralidade em saúde, a qualidade de vida e as suas vulnerabilidades.

Estamos entendendo “experiências bucais”, de acordo com Pezzato, L’Abbate e Botazzo (2013, p. 2100) que “relacionam-se a tudo o que acontece e se passa e que, muitas vezes, transforma-se em e por nossa boca”. Vale destacar que, de acordo com Botazzo (2006) se tomarmos como referência a Bucalidade, nem sempre nossa experiência bucal assumirá a forma doença.

O roteiro pensado para a entrevista semi-estruturada foi muito útil para diminuir a tensão inicial da pesquisadora e demonstrar interesse, numa tentativa de deixar o(a) narrador(a) mais à vontade para discorrer sobre o que mais quisesse. Não se tratava de um roteiro rígido, pois íamos buscando criar mais perguntas com base nas respostas recebidas. Dessa maneira, pudemos entrar em contato com grande parte do contexto vivenciado pelos(as) idosos(as), em como eles(as) responderam ao que foi acontecendo ao longo da vida, o sentido que foram dando

a estes acontecimentos, e que não caberia em um questionário fechado: eles querem dizer muito mais, querem contar da sua experiência, relacionar com sua profissão, com suas crenças e com tudo aquilo que dá sentido às suas ações (SILVA; TRENTINI, 2002).

Como dissemos anteriormente, após redigida uma primeira versão de cada narrativa, entregamos a(ao) respectivo(a) narrador(a) para que esse pudesse fazer correções caso sentisse necessidade e, só depois finalizaríamos a narrativa, em alguns casos com acréscimos em outros não. As narrativas deste trabalho também foram “enriquecidas” graças à participação da pesquisadora como aluna ouvinte no Programa de Aperfeiçoamento Didático¹⁷ na UNIFESP durante dois semestres.

Os encontros com a turma de estudantes e docentes foram de grande valia no surgimento e amadurecimento de ideias. O diferencial mais evidente foi a possibilidade dada de conhecer o cotidiano dos(as) narradores(as) que foram acompanhados(as) pelos estudantes, em seu local de moradia, observando suas condições de vida e tudo que esses encontros provocam. Fomos levados(as) a refletir sobre como as narrativas construídas dão visibilidade a esses sujeitos e aos seus modos singulares de estarem na vida e eventualmente adoecerem. Uma maneira de dar voz a quem não é “especialista”, e não os tratar como objetos a serem quantificados. Além de serem compartilhados em aula textos e vídeos muito inspiradores, como este trecho da entrevista de Eliane Brum no Programa Sempre um Papo, de 29 de outubro de 2013: “O poder da narrativa (da história contada) como instrumento de transformação do mundo: são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Também aproximam essas histórias de quem nunca tinha ouvido falar nelas”.

Para aproximação do universo dos idosos(as)/velhos(as) e ajudar na construção das narrativas, a inspiração também veio das comoventes obras de Eclea Bosi (1994), Nora D'Aquino (2004), Gonçalo Luiz de Melo e Adriana Rodrigues Domingues (2012). Estas serão apresentadas na ordem em que ocorreram as entrevistas e com os pseudônimos de medicamentos homeopáticos, conforme a repertorização feita pela pesquisadora. As narrativas aqui relacionadas foram lidas, questionadas e aprovadas pelos(as) respectivos(as) narradores(as), e estão repletas de interações com a pesquisadora, com o contexto de vida deles, com os serviços de saúde de modo geral, com suas histórias e experiências bucais.

¹⁷ Em um semestre pude acompanhar a turma da Prof^ª. Dr^ª. Rosilda Mendes e, no outro semestre, a turma da Prof^ª. Dr^ª. Luciane M. Pezzato, em diferentes territórios da cidade de Santos.

Nux vomica

“Eu sou um grão de areia no meio dessa potência inteira”.

70 anos - branca - viúva - dona de casa

Estudou até o ensino médio, e naquele tempo quase nenhuma mulher casada trabalhava fora.

Mora há 12 anos no bairro e desde então utiliza os serviços de saúde “clássicos” oferecido pela UBS, principalmente vacina, aferição de pressão, dentista e clínico geral. Já frequentou o grupo anti tabagismo, mas... não parou de fumar. Não sabe como nunca teve nada no pulmão, porque é fumante há muitos anos. “Devia processar a Souza Cruz porque me viciou em cigarro! Tem muito veneno, é muito fedido!” Já tentou parar algumas vezes, mas sempre acaba voltando.

Tem convênio médico Unimed, consulta o cardiologista e faz os exames que ele solicita.

É cardíaca e já fez 2 vezes cirurgia de angioplastia, uma pelo SUS, outra pelo convênio.

Natural de Lagarto, Sergipe, morava num povoado de 40 casas. A mãe trabalhava na roça e ela ficava com a irmã mais velha, cuidando da casa e cozinhando. Comiam o que tinha: carne no espeto, ovo, verdura. Teve uma infância muito feliz, brincava muito, aprendeu a nadar na represa e teve muita sorte de não ter ficado doente. Contou que lá era muito comum as crianças morrerem, de esquistossomose, de doença de Chagas.

A escola que frequentou era na casa da professora, quando aprendeu a escrever o nome, mas não conseguia ler. Para ela, isso era por ser muito pequena, porque não entendia nada, então não ficou muito tempo estudando.

Com 10 anos vieram para Cubatão, juntar-se aos demais irmãos. A mãe detestou, era muita poluição. “Ô lugarzinho, viu?!”.
3 anos depois, voltaram para o Sergipe, mas já não tinham nem casa, nem terreno, nada.

Foram morar com um vaqueiro numa fazenda vizinha e juntando dinheiro. Os animais de estimação eram cabras, cabritos, ovelhas... Mas depois que conheceram São Paulo, não se acostumaram mais àquela vida rural. Vida difícil!

Venderam tudo novamente e vieram morar no Morro São Bento, onde ficaram por 4 anos.

Casou-se aos 18 anos e voltou a morar em Cubatão, onde ficaram por mais de 20 anos. Nessa época a cidade era conhecida como Vale da Morte, e ela tinha vergonha de dizer onde morava, mas foi lá que criou os 4 filhos.

O marido trabalhou em indústria, variando o turno, às vezes de noite, às vezes de dia. Fez isso por 40 anos. Gostava muito de correr, e participava de muitas provas de rua. Era um atleta, mas fumava. Sentiu-se mal por 3 dias. Foram ao pronto socorro mais de uma vez, mas foi tratado como dor muscular. Numa das visitas, o médico disse que o problema no coração já era considerável, e que ele precisaria de um cateterismo, precisava ficar internado. “Mesmo sendo convênio, não era SUS, ele foi tratado como um cachorro...” Algumas horas depois faleceu. Depois que aposentou, só viveu mais 5 anos.

Ela corria com ele no começo, é magra, mas não aguentava muito. Já achava que tinha alguma coisa no coração, mas fazia os exames e não aparecia nenhuma alteração. Um dia, depois de correr, sentiu uma dor muito forte no peito, que só aumentava. Ainda ficou 3 meses com essa dor que ia e vinha, e piorava com esforço, até procurar ajuda. Foi ao PS em Cubatão mesmo, porque achava que os médicos do SUS iam descobrir o que tinha.

Ficou internada mais de 10 dias e em casa por 2 semanas esperando o cateterismo e angioplastia no Dante Pazzanese. Foi muito bem tratada no SUS durante esse período. Por algum motivo, apesar de ter plano de saúde, não conseguiu esse atendimento.

Ficou 17 anos bem, até que a mesma veia do coração entupiu de novo, doía demais o braço direito. Sentia que ia enfartar de novo, e foi internada.

“A gente sabe que quando nasce- a certeza é de que vai morrer. O destino é viver, crescer, trabalhar e morrer. Não precisa apressar, a gente quer viver muito!”

O que mais a incomoda agora é o estômago- tem gastrite nervosa há muitos anos. Já tentou todo tipo tratamentos: medicamentos, chás, plantas.

Seus dentes começaram a ficar “ruins” quando tinha uns 40 anos. Nunca tinha tido cárie ou dor de dente, mas “dente parece que é assim: quando um fica ruim, você mexe, e os outros vão ficando ruins também”. Lembra do 1o dente que teve que extrair, ele tinha o canal tratado,

mas a restauração caiu, e ele foi ficando preto e quebrando. Na época não ligou muito, porque era só um dente e os outros estavam bons.

Uma vez precisou fazer tratamento de canal em 2 dentes para salvá-los, e não quis. Quando foi ao dentista, ele extraiu uns 4 dentes e ela não soube nem porque. Arrependeu-se de não ter tratado, fica pensando que se tivesse ido correndo restaurar, não tinha chegado nesse ponto. Depois disso, foi perdendo de 1 em 1. Já passou por mais de 10 profissionais, a cada vez era um dente diferente com problema, mas nunca deixou de ir a cada 1 ou 2 anos. “No Nordeste, o pessoal arranca os dentes à toa, não se importa de usar dentadura. Faz muita falta os dentes, não consigo mastigar direito. Estou magra assim porque tudo que gosto de comer, não consigo: carne, farinha, mandioca... Parece que faz um ano que eu não como.”

Cancelou o convênio dentário, porque tem tratado na UBS e acha que o tratamento é igual. Desde quando era nova, até hoje em dia, acha que os médicos muitas vezes nem olham para o paciente numa consulta.

Está na fila de espera para instalação de PPR no CEO há pelo menos 3 anos. Não sabe se vai acostumar-se a usar próteses, mas quer tentar porque acha que como está, é muito ruim.

Acredita que todos esses problemas de saúde que as pessoas têm agora são causados pela alimentação incorreta, alimentos processados, enlatados e com agrotóxicos e conservantes. Já trabalhou na lavoura, já plantou de tudo, tirava as pragas com as mãos, e comia tudo orgânico, sem veneno. “Eu posso não ter muito estudo, mas não sou burra!”

Emociona-se muito todas as vezes que toca no assunto de uma dívida que o marido herdou por ser fiador do sobrinho, e cobram dela há 35 anos. Ela acredita até que o marido faleceu de desgosto. Até hoje sofre muito por isso, acha que vão entrar em sua casa, penhorar tudo. Perdeu toda alegria de viver. “Não tenho uma vida ruim, mas poderia ter sido muito melhor. Vou lutar até o fim da minha vida, por que não devo um tostão pra ninguém!”

“Dou graças a Deus de ter ficado velha, tem gente que não fica, morre logo. Não é a velhice que a incomoda, mas a injustiça!”

Capsicum

“Viver triste pra quê? Tristeza não paga dívida”.

70 anos, pardo, casado, mestre de obras

Mora no bairro há 28 anos e utiliza raramente os serviços da UBS: há 3 anos veio ao clínico geral porque a mulher insistiu muito. Dentista, só recentemente.

Lembra de tudo da infância. “Não tenho que me queixar da minha memória.” Nasceu na fazenda “Baixa da Égua” próxima a Vitória da Conquista na Bahia, onde viveu até os 12 anos.

Veio para São Caetano do Sul e começou a trabalhar como auxiliar de escritório no Mappin. Vivia bonito, todo arrumado, mas não tinha dinheiro. “Isso não é vida pra mim!”

Foi estudar para mestre de obras no Senai e antes mesmo da formatura, casou-se.

Trabalhou em grandes construtoras: Camargo Correa, Andrade Gutierrez, ...

Era um trabalho de grande responsabilidade: “era muito cobrado, e trabalhava com pessoas muito ignorantes, menos instruídos”; não aguentou ficar muito tempo.

Decidiu trabalhar por conta própria, porque sabe fazer de tudo: elétrica, hidráulica, piso, azulejo, pintura. A parte agradável da profissão é a confiança dos clientes. A arquiteta com quem trabalha o autorizou a escolher o material que quisesse para comprar, por ele ter muita experiência. Tem o prazer do serviço bem feito, gosta de pegar feio e deixar bonito. Nesta fala dele, reconheci um pouco do meu trabalho artesanal como dentista.

Conseguiu tudo que tem hoje com muito esforço e muita luta.

Já aventurou-se como garimpeiro e mergulhador na região Norte. Gostava de conhecer lugares diferentes garimpando atrás de ouro e esmeraldas.

Casado há 18 anos com Dona C, trabalham juntos: “é a primeira paulista que conheci que é trabalhadeira!”

Ela é 15 anos mais jovem que ele. Ela foi mulher, mãe, tudo para ele. Eles não têm luxos ou vaidade. O maior prazer é andar de chinelo de dedo.

Acredita ter muita vitalidade porque teve uma criação saudável, com alimentos bons. “Hoje a gente só come porcaria.” Como ele mesmo diz, não precisa nem usar Viagra, não tem dificuldade nenhuma. “É um privilégio chegar à minha idade com saúde.”

O pai era raizeiro e filho de escravos, entendia de plantas medicinais e sabia prepará-las e usá-las para curar diversas doenças. *Capsicum* sempre usa medicamentos naturais, e manda manipular quando lembra das fórmulas, para os mais diversos problemas de saúde: pneumonia, artrose, dor lombar. “Não sou contra medicina, porque pode ser que essas fórmulas funcionem pra mim, e não pros outros. Se é veneno, não sei, mas que fiquei bom, é verdade”

Foi enumerando: tem 10 filhos, 12 netos, 8 bisnetos, 108 sobrinhos e 10 irmãos. Nunca passaram necessidade, é uma família muito honesta, incapaz de maltratar alguém.

Acha que é seu dever ajudar a quem precisa, seja da família ou morador de rua: usa muito o coração, por isso se prejudica; deveria usar mais a razão.

A solidão é ruim para qualquer um, nós nascemos para viver em sociedade, conviver com outras pessoas: “Essa minha geração tá acabando, não tem como fazer nada. A próxima geração é muito difícil de lidar, são pessoas que não respeitam os pais, os professores, não tem amor próprio. Cada um por si, são muito gananciosos. A tendência é trilhar um caminho errado. O boteco e a prostituição oferecem mais que você.”

Quanto à saúde bucal, diz não se incomodar com a estética, mas quando sente dor, acha que é hora de mexer, seja por higiene, seja por saúde. Ninguém quer ir ao dentista, mas somos obrigados. Não se incomoda por não ter muitos dentes, porque mastiga tudo que quer. Só incomoda um pouco os dentes anteriores terem desgastado, estarem muito pequenos. Por muitos anos, pagou caro para cuidar dos dentes, fez tratamentos de canal e próteses fixas (PPF)¹⁸, mas de um tempo para cá tem preferido extrair quando sente dor. A prótese removível (PPR) que tinha feito há pouco já não serve mais, e cada vez mais ele está se conformando com a ideia de usar dentaduras. “Você não vai acreditar, mas meus pais faleceram com 94 e 96 anos e tinham todos os dentes, eles tinham muita saúde!”

¹⁸ É uma forma de repor dentes perdidos. Pode ser unitária (para um só dente) ou parcial (quando une três ou mais dentes). Deveria reproduzir função e aparência de um dente natural. Depois de instalada na boca, ela não é mais retirada.

Começou a pensar mais em usar dentaduras quando uma cliente comentou: “O sr é ótimo pintor, mas se me permite dizer, seus dentes são horríveis!”. Ela ficou meio sem graça depois que disse isso, mas ele pensou: “Ela tem razão!”.

O que mais sentiu foi ter deixado 4 filhos em Belém do Pará. Esse casamento não deu certo, a mulher não era o que ele esperava. Ele ía para o garimpo, ela saía com os amigos dele.”Isso não é vida, não tem amor que resista à traição!” Deixou um terreno com uma casa e um salão de beleza para ela trabalhar.

Emociona-se ao falar da filha de 23 anos que está internada por dependência química. “Podia estar fazendo faculdade, mas só tem más companhias. Vai ficar nessa até levar um susto. Pelo amor ou pela dor, ela vai aprender.”

Já foi de táxi para SP atrás da outra filha, que encontrou suja, drogada. Foi presa por tráfico de drogas. Não o deixavam vê-la e ele teve que pedir ajuda para famílias influentes politicamente na época. Ainda ficou presa por mais 4 anos, e quando saiu estava batizada evangélica e arranhou um emprego. Agora tem filhos, cuida da casa e trabalha como cuidadora de idosos/as.

“Sou humilde, honesto e trabalhador, e tenho um coração bom, por isso as pessoas me olham diferente.”

Não se considera machista, mas foi criado de outra maneira: o homem é o mantenedor do lar, a mulher é a cuidadora. Desde o início dos tempos é assim, não fomos nós que fizemos isso; pode até ter homem cozinheiro, que lava sua roupa, mas ele não.

Acredita que as crianças ficaram folgadas e mimadas demais porque não se pode mais nem dar um tapa. Ele levava surra de chicote e palmatória de bater em cavalo, então faz tudo corretamente. “No diálogo, fica difícil consertar as pessoas. Entra por um ouvido e sai pelo outro. Na porrada, não; amanhã você não vai fazer a mesma coisa.”

“Sou o doido mais certo da cabeça que você vai conhecer!”

Tem muitas ideias de como tirar o país dessa crise, diminuir o desemprego: construir fábricas, canalizar as águas que descem das cachoeiras, planejamento familiar...

Ao final, me disse emocionado: “Deus te abençoe pelo que você está fazendo por mim e pelos outros, é uma maneira de ajudar. Pode ter certeza que nunca vai estar sozinha; quando estiver velhinha, vai vir alguém cuidar de você, porque você merece. Você é uma boa ouvinte e eu sou um bom contador de histórias, histórias reais.”

Staphysagria

“O pior é que a minha memória é boa, e eu lembro de tudo.”

77 anos, branca, casada, dona de casa

Trabalhou em fábrica de tecidos em Sergipe, e por 35 anos limpando prédios. Aposentou-se nova, com 52 anos, mas continuou trabalhando até nascerem os netos. Duas netas moram com ela até hoje, e ela cuida como se fossem suas filhas: cuida das refeições, dos estudos, do trabalho.

Mora no bairro desde 1973, quando “se juntou” com sr A.

Desde que foi inaugurada (no endereço antigo), usa os serviços desta UBS. Antes, ia ao INSS se consultar. Desde aquele tempo, é paciente de um dos médicos clínico geral da Unidade. Fala dele com muito carinho, afinal de contas é sua paciente há mais de 4 décadas.

Durante um curto período teve convênio médico do emprego do marido: hoje em dia se for pagar convênio para os dois, eles não terão o que comer.

“Não posso me queixar, em Aracaju é dureza. Essa policlínica é uma beleza, os médicos são bons.” É participante assídua das reuniões do Conselho Local.

É diabética, e recentemente emagreceu 10 kg. “O médico falou: seu joelho agradece!”

Acha que teve uma trajetória de vida muito triste, uma infância muito ruim. A mãe a deu para uma tia criar, e ela judiava demais.

Não tinha documentos, não sabia nem a própria idade. Ouvia todo mundo dizer: meu pai isso, minha mãe aquilo... Pensava “e eu, não tenho pai nem mãe? Nem os bichos fazem isso com os filhos!”

Foi atrás da mãe quando estava com 17 anos. A mãe foi seca, apenas entregou a certidão de nascimento.

Conseguiu um emprego numa fábrica e morava sozinha num quartinho alugado. Ganhava meio salário mínimo, porque era menor de idade. Comprou uma cama de fechar, um fogareiro e um prato de alumínio. Nunca passou fome.

Quando fez 18 anos, achou que seria dispensada, e chorava. O patrão avisou que ela precisava ir para Aracaju fazer uma carteira de trabalho nova, de maior de idade.

“Não tinha essa vagabundagem de hoje em dia!”

A mãe, quando envelheceu, ficou doente e passou a viver aqui e em Aracaju, alternando. Foi nesta época que *Staphysagria* soube porque foi abandonada tão pequena: a mãe casou-se novamente e o novo marido não aceitava que ela se mantivesse com os filhos.

Fez tudo que pode para cuidar da mãe com câncer até sua morte.

Staphysagria teve 3 filhos: um faleceu criança e o outro, há 7 anos. Pela história que passou na infância, quando separou-se, fez questão de levar os filhos.

A irmã a trouxe de Sergipe e pediu emprego para ela na casa do dr E. Lá aprendeu a cozinhar e acabou trabalhando para a família inteira, durante muitos anos.

Acha que não tem nada de bom em ficar velha, nunca pensou que seria tão difícil. O que mais tem incomodado são os joelhos: senta, anda e levanta com dificuldade.

“Já vivi mais que a minha mãe. A gente só morre quando tem que morrer mesmo.”

Tem lembrança de sempre ter tido muita saúde, apesar de ter vivido em condições precárias por longos períodos.

Durante sua primeira gestação, percebeu que os dentes estavam ruins. “Não dava risada, nada. A boca tava toda estourada.” Foi quando o patrão a levou ao consultório dentário que havia na fábrica em que ele trabalhava, e todos os dentes superiores foram extraídos de uma vez. Desde essa época, usa dentadura na arcada superior e PPR inferior. Adaptou-se bem usando próteses, come de tudo, não tem dificuldade para falar, nunca machucou. Até o protético elogiou muito os rebordos, perfeitos para prótese. Pensou: “vou ter vergonha de usar dentadura porquê?!”

Às vezes acha que se não tivesse parado de trabalhar, estaria melhor de saúde. Teve depressão depois da morte da irmã, e se tratou com uma psicóloga. Emociona-se ao lembrar dela, porque sentiu muito esta perda.

Teve um episódio de paralisia facial em que teve que ficar internada. Não sentia dor, só fez fisioterapia e tomou medicamento e melhorou. A médica que a atendeu disse que era devido a mágoas e ressentimentos guardados e a aconselhou a sempre desabafar: “O que a sra tiver que falar, fale!”

Sepia

“Tenho mais responsabilidade que uma pessoa jovem”

69 anos, branca, solteira, dona de casa

Mora no bairro há pelo menos 40 anos. Utiliza os serviços da Policlínica desde que inaugurou (no outro endereço): médico, dentista, vacina, farmácia. “Naquele tempo, eu ainda tinha dentes. Foi lá que extraíram os últimos.” Sempre foi ao dentista, desde que tinha 20 anos. Como não tinha policlínica, ia na Santa Casa. “Lá era um carniceiro, arrancava os dentes direto!” Usa a mesma prótese há 12 anos, foi feita por um dentista que ela conheceu no centro Comunitário da Av Afonso Pena, onde vai buscar cesta básica todo mês. Acha que as próteses ficaram muito boas, porque duraram todo esse tempo e ela já derrubou, quebraram, ela colou, e continua usando. Só jogou fora a inferior, que não parou mais na boca. O que mais incomoda é a fala, que é “fanhosa” e a sensação de que está com a boca vazia. De qualquer maneira, acredita que agora tem mais saúde bucal que antes, porque a boca está limpa, e escova bem a prótese todos os dias.

Anda triste, porque tem dificuldade de comprar todos os medicamentos que ela e filho precisam. O filho voltou a morar com ela depois de separar-se. Ela não aprova a nova namorada dele, que é bem mais velha. Acha que a essa altura da vida, deveria ter mais sossego.

Tem asma e diabetes, mas nem se preocupa com isso.

Adora cuidar da cachorrinha, já está com ela há mais de 10 anos. Teve que salvá-la mais de uma vez. Dessa última, fez uma cirurgia para amputar a pata dianteira. “Minha aposentadoria é 900 reais, gasto quase tudo com ela. Se não fosse ela, o que seria de mim?”

Na juventude era bagunceira, namoradeira.

Tem se achado velha, fraca. Já não tem a beleza de antes, mas gostaria de arranjar um namorado.

Na vizinhança tem muitos dependentes de drogas, mas eles não mexem com ninguém, segundo ela.

Durante a entrevista, Sepia não fazia questão nenhuma de lembrar-se do passado, discorria pouco, principalmente sobre infância e juventude. Basicamente contou como está a vida atualmente. Mesmo acreditando que todos têm muito a dizer sobre suas próprias vidas, esta foi a entrevista mais rápida de todas.

Ignatia

“Antes de descobrirem o Brasil eu já estava usando dentadura!”

75 anos, parda, viúva, faxineira aposentada

Mora no bairro desde 1960, e utiliza os serviços da UBS desde o outro endereço: farmácia, clínico geral, ginecologista e dentista, mais raramente.

Tem uma vida ativa, acorda bem cedo todos os dias, vai para a casa do filho, na Cidade Náutica em São Vicente, ou faz caminhadas. Passa o dia lá cuidando da casa e dos netos. Sábado é dia de feira e, aos domingos, almoça com a neta mais velha.

Gosta de seguir essa rotina, de organização e limpeza, seja em sua casa ou na casa do filho.

Mesmo sendo diabética insulino dependente há mais de 15 anos, considera ter boa saúde e bastante disposição. Está sempre sorridente e de bom humor.

Nasceu em São Gotardo (MG). Tem lembranças vagas de brincadeiras com primos na infância. Começou a trabalhar com 8 anos, de babá, das 4h da manhã até à noite.

Quando conseguia ir para o colégio, dormia nos cadernos.

Foi uma época muito difícil, porque apanhava da patroa e era assediada pelo patrão. Nem entendia direito o que estava acontecendo. “Menina era muito tonta naquela época, aceitava tudo, achava normal...hoje é que me dou conta. Minha mãe não admitia que falasse nisso, mas eu morro de nojo de lembrar.” É o momento em que ela mais se emociona.

Veio “fugida” para Santos, de um primo que se dizia dono dela, aos 15 anos. Foi quando começou a namorar o marido. Conheceram-se quando ficou presa no elevador e ele, como trabalhava na empresa que consertava elevadores, veio para resgatá-la. Namoraram por 9 anos, até que ele falou um dia “vamos casar?”

Foi um tempo muito feliz, mas ela acredita que ele já estava doente, tinha câncer, mas ninguém falava isso. Diziam que era úlcera. A doença foi agravando e ele faleceu. Ela era jovem e tinha os 2 filhos pequenos.

Batalhou e lutou muito para dar tudo para os filhos. Estudaram em colégio particular e fizeram faculdade. Eles retribuíram, sendo trabalhadores e responsáveis.

Um deles trabalha na Unisanta, e ela contou de um jantar que foram convidados. As donas do Unisanta quando a conheceram perguntaram se ela era mesmo mãe dele. Ela respondeu que sim, e elas ficaram admiradas e disseram: “É que quando seu filho fala da sra, parece que é um mulherão!”. E ela respondeu: “É porque eu sou um mulherão, mas não de tamanho, e sim de atitude!”

O outro filho é Assistente Social e trabalha na Prefeitura de Santos. É muito paciente, tranquilo e dedicado ao trabalho. Parece que nasceu para isso! Ele tem 2 filhos, um de 15 anos, e a outra tem 4 anos: “Ela tem todo meu temperamento, além de ser pequenina como eu! É o xodó da vovó”. Os dois são muito educados.

Desde que veio para Santos, vai ao dentista, primeiro no Sesi, que era perto do Mercado, depois em consultórios particulares. Não tinha cárie, só fazia limpeza. “Santa Casa na minha cidade era só para rico, e dentista não sei nem se tinha.”

Escovava os dentes, era sagrado. Os profissionais ficavam bobos: “incrível, a sra não tem cáries!!” Até os 28 anos não tinha uma obturação na boca. Quando ficou grávida, teve dor nos dentes. Foi no dr A, ele disse que era da gravidez, prescreveu um bochecho e passou.

Depois, quando ficou viúva, da noite para o dia, a gengiva inflamou demais, parecia que ela não cuidava fazia anos. Doía muito, procurou um dentista na Praça Nossa Senhora Aparecida que fez até raio X. Ela então descreve perfeitamente o que seria uma doença periodontal¹⁹ e o tratamento que foi feito: prescrição de antibiótico e bochecho. Melhorou quase 100%, mas o dentista avisou: de vez em quando esse problema vai voltar. Foi para casa e pensou “vou mandar ele arrancar tudo!” O dentista negou-se a princípio, mas depois foi extraindo 2 ou 3 de cada vez. Em 1 mês, ela já não tinha nenhum dente. Colocou a dentadura, nunca teve dificuldade nenhuma, ficou com ela muitos anos. “Como amendoim, carne dura, pipoca, chupo cana, como tudo, não dói nada.”

Depois de uns 30 anos, fez mais um par de dentaduras no CEO da Prefeitura, e ficaram tão boas, que por ela não trocava mais. Há uns 2 anos, foi de novo ao CEO para trocá-las, mas essas novas ficaram curtas, “não pegam pressão”. Uma noite foi com os filhos comer pizza, e quando espirrou, a prótese quis sair da boca, ainda bem que pôs a mão na frente. Basta abrir a boca para ela cair. Falou pro dentista que tem o palato profundo, essa prótese ficou curta e pega a língua. Foi tantas vezes lá queixar-se que acabou ficando com vergonha e não foi mais. Quando terminar de pagar o empréstimo e a faculdade da neta, tem planos de ir a um consultório particular e fazer novas próteses.

É kardecista praticante gosta muito de ajudar as pessoas sempre que pode. “Eu vim pelo amor. A missão que Deus me confiou, eu cumpri; só agradeço. Eu venci!”

Não se considera velha, sente como se tivesse 50 anos, não tem preguiça, faz dieta e exercício.

Contou indignada sobre um episódio de racismo e humilhação pelo qual passou, e que no dia seguinte ela foi com o filho ao estabelecimento tirar satisfações com o proprietário. Acha que foi tratada como um animal, escorraçada. Ela só estava em crise de hipoglicemia e precisava sentar-se um pouco e um copo de água com açúcar.

É feliz por ser livre, ter seu próprio dinheirinho, presentear as pessoas queridas.

¹⁹ Periodontite (ou doença periodontal) é uma infecção bacteriana dos tecidos, ligamentos e ossos específicos que envolvem e sustentam os dentes, tecidos coletivamente conhecidos como periodonto. Quando não detectada e tratada precocemente, pode levar à perda dos dentes.

Bryonia

“Não pode se entregar, nem se acomodar!”

78 anos, mulato, casado, aposentado

Mora no bairro desde 1971, utiliza a UBS desde o outro endereço: farmácia e clínico geral.

Tem um dia-a-dia bem ocupado, com atividades físicas, fisioterapia, dois corais, trabalho voluntário no Centro Comunitário, pastoral na Igreja Nossa Senhora Aparecida...

Fez o curso para locutor de rádio pela Prefeitura e participa ativamente no Conselho Local do bairro, como representante dos moradores, todos os meses.

Foi voluntário plantonista no CVV por 30 anos. Foi muito gratificante, uma verdadeira escola de vida. O trabalho consiste em ouvir e fazer colocações. Não pode dar conselho, nem fazer sugestões. O ideal é a pessoa refletir e tomar uma atitude por ela mesma, bem consciente. As pessoas encontram soluções satisfatórias para problemas diversos, através do diálogo. De vez em quando, ainda sonha que está no plantão. “Tinha dias de chumbo grosso e outros, não.”

Quando formou-se na UATI (Universidade Aberta da Terceira Idade) da Unifesp em 2018, elaborou um trabalho de Conclusão do curso em que contou toda a experiência no CVV.

Nasceu em Barra do Piraí (RJ) e foi criado pelo pai e pela madrasta. Só foi atrás da mãe quando já era adolescente. Os irmãos mais velhos cuidavam dele, principalmente a irmã. Hoje é ele quem cuida dela, comprou um chalé em Vicente de Carvalho para ela viver com os 5 filhos.

Até os 18 anos, trabalhou como ajudante geral, depois serviu o Exército em Barra Mansa por 10 meses. Lá aprendeu muito; gostaria que os 2 filhos tivessem seguido essa carreira. “Meu número era 539. O Capitão disse que eu era muito bom, ofereceu para eu ficar, mas eu não quis! Aí, voltei pra vida civil.”

Veio para Santos em 1961, para trabalhar na Cosipa, onde começou como servente, “porque não sabia nada”, e depois chegou ao almoxarifado. Trabalhou também na Telesp, instalando telefones em navios, e na Petroquisa, como operador de máquinas industriais. Então, foi para a Ultrafértil até se aposentar em 2/12/1987.

Na época da Cosipa, facilitaram o pagamento de apartamentos no BNH, e pode comprar um apartamento de 1 dormitório. Depois, foi promovido e pode comprar o plano 2 (2 dormitórios). A longo prazo, conseguiu comprar um apartamento no Jau, com 3 dormitórios, “um pouco além dos meus sonhos. Agora é só alegria!”

“A gente consegue as coisas porque foi merecedor. As pessoas às vezes se queixam, é por causa do passado. Quando você tem o dom de ser prestativo, você deve deixar fluir.”

Morava sozinho no BNH, até se casar, há 43 anos. Conheceu a esposa na batalha de confete, que era antes do Carnaval, na Av. Pedro Lessa. Depois de um ano de namoro, marcaram a data do casamento, em Santa Catarina, onde mora a família dela até hoje. Tem 2 filhos, de 40 e 37 anos.

Apreciador do Carnaval até hoje, desfila na ala do idoso/a (“com mais de 40 anos já pode ir!”) da Mocidade Independente do Samba todo ano. Ano passado, desfilaram 5h da manhã; o ônibus da prefeitura passou para pegá-los às 3h30.

“Sou idoso assumido: gosto de coral, estou em plena atividade; se me chamarem de velho, levam um puxão de orelha! O velho vai se despedindo do mundo, já desistindo de tudo, tem um desânimo.”

“Conheço homens que quando se aposentam, se entregam ao jogo, à bebida, porque têm muito tempo ocioso. Eu aconselho um trabalho voluntário. As pessoas que estão pra se aposentar, deveriam planejar sua vida.” No Centro Comunitário, também se reúnem os Narcóticos e os Jogadores Anônimos. Os voluntários fazem de tudo para que a pessoa volte a andar nos trilhos. É o trabalho mais recompensador que já teve.

Não tem lembranças de problemas bucais que incomodassem. Faz o possível para consultar-se com a/o dentista da Unidade pelo menos uma vez por ano, mesmo sem queixa odontológica nenhuma. Possui todos os dentes, alguns são restaurados, restaurações estas que precisam ser substituídas de vez em quando. Pensei: esse é o ideal de saúde bucal que eu gostaria para todos os idosos brasileiros!

Considera-se muito ativo, tem muita vitalidade, e todas as pessoas que o encontram também têm essa impressão, acham que ele não mudou nada, a mesma fisionomia. “Espero viver com saúde enquanto nosso amigo lá de cima não bater o sininho! Quando eu for pro outro lado do rio, acho que vou deixar uma turma saudosa.”

Natrum

“Se fosse pra voltar, voltava pro meu passado”

77 anos, branca, casada, dona de casa

Mora há 12 anos no bairro, e desde então, utiliza os serviços da UBS: farmácia, clínico geral. “O Dr C é muito atencioso e gosta de escutar.”

Não sabia que havia consultório odontológico na Unidade, “tava ruim dos dentes, tive que pagar parcelado, foi caro!” Já sentiu muita dor de dente, ia ao dentista e extraía, não tinha recurso. Depois foi perceber que tinha tratamento. Os dentistas eram muito ruins, arrancavam dentes sem anestesia. Até hoje, não é muito bom, dá uma aflição.

“Tenho tudo que o idoso tem direito: artrose, bico de papagaio... mas não reclamo muito, porque é da vida, se não, a gente se arreia.”

Considera ter boa saúde, porque caminha bastante e é independente para resolver suas coisas: vai ao banco, à policlínica, à igreja, orienta os filhos. Diz estar bem satisfeita com sua boca, porque não tem cárie.

Nasceu em Sergipe e teve uma infância dura com os 8 irmãos. Foi dada pela mãe a uma tia que a criou. Trabalhou muito na roça desde os 7 anos de idade, plantava mandioca, milho, feijão. Colhia só depois de um ano, e trocavam os peixes que pescavam por farinha. Em épocas mais difíceis, dividiam um ovo por 7 pessoas. “Foi essa vida cruel que me trouxe pra cá.” Brincava e estudava quando sobrava tempo. “As escolas não eram boas”

Ía para a cidade a cavalo quando precisava, na costureira, na curandeira.

Bebia água de cacimba, de poço.

Tomava banho no rio. Algumas crianças pegaram esquistossomose, a barriga crescia.

Para ajudar a mãe (tia que a criou), levava lenha na cabeça e moía mandioca para virar farinha. Era trabalhoso, ela pingava de suor.

Já foi visitar os parentes 4 vezes nesses anos todos, e tem vontade de voltar a morar lá, mas o marido não quer. Diz ele: “Não tenho mais mãe nem pai, vou fazer o quê?”

O apelido dela na família é Netinha, e são todos muito acolhedores, recebem bem. Estão bem de vida e têm muito amor no coração.

Emociona-se ao falar da doença do marido: “Na minha cidade, eu teria ajuda da minha família, aqui não tenho ninguém. Faço tudo sozinha. Ele já não ajuda em nada, tá ruim da cabeça... Já se perdeu 3 vezes na rua, entrei em pânico. Agora com o remédio, melhorou um pouco.” Aos poucos, foi deixando de fazer muitas coisas para cuidar dele. Manteve as aulas de Natação 2 vezes por semana, quando uma das filhas vem de Cubatão e fica com o pai para ela sair. Eles não sabem explicar ao certo qual problema de saúde sr L tem, mas parece que está no início de um quadro de demência. Toma medicamentos controlados e de alto custo, 4 vezes ao dia.

Até para ir ao médico e conseguir medicamentos, agora é melhor: antigamente, tinha que dormir na fila para conseguir uma consulta. Tomava chás porque não tinha remédio. “Tá todo mundo num paraíso, policlínica na porta, remédio de graça...”

Acha que a policlínica é para todos, mas a prioridade devia ser para quem não pode pagar; tem gente que marca e não vai, devia avisar e deixar a vaga para outro.

Sr L vai acompanhando a entrevista e complementa um assunto ou outro. Ele veio para a Baixada Santista trabalhar aos 20 anos, primeiro em empreiteira, depois na Cosipa. Quando aposentou-se, não o pagaram tudo que deviam e, alguns anos depois, conseguiu receber esses atrasados judicialmente. Foi quando compraram o apartamento em que moram até hoje.

“Ser idoso é ter sabedoria, quanto mais o tempo passa, mais a gente aprende, tem experiência.”

Ela trabalhou como doméstica até se casarem, em Sergipe, “porque o povo lá tem que ver pra crer”. Moraram em Cubatão por 35 anos.

O que mais gosta é passear, estar e conversar com as pessoas. Fica triste quando não ouvem seu conselho, ou não fazem as coisas certas, ou falam mentiras, fica atacada do estômago!

A irmã a considera muito rígida, mas é que ela gosta das coisas certas, e é muito sincera: doa a quem doer, fala a verdade.

A casa vivia cheia, abrigava todo mundo que vinha do Nordeste, sem ter onde ficar. Chegou a pegar dinheiro emprestado com agiota para comprar comida para todos. Até eles arrumarem emprego, aí alugavam um quartinho e saíam da casa dela. Agora, só recebe para o Ano Novo, chegou a ter 19 pessoas hospedadas em casa, entre amigos e parentes. Coloca colchões no chão e levanta bem cedo para começar a cozinhar.

Tem pensado muito no filho, que desfaz dos seus conselhos. Ele está afastado do trabalho para tratar da ansiedade, tem 2 filhos pequenos, e ela ajuda financeiramente. O que ela mais gostaria era que ele parasse de beber, isso a deixa muito triste.

Lycopodium

“Este não pode ser um planeta tão ruim assim, só de sofrimento, tem que ter aprendido também”.

70 anos, branco, solteiro, comerciante aposentado

Nasceu e morou a vida toda neste bairro.

Utiliza a policlínica desde o outro endereço: apenas o serviço de odontologia. Não tem hábito nem gosta de ir ao médico: “Não tenho nada contra os médicos, mas eles fazem aquelas consultas e receitas padrão...” Associou a pressão arterial ter subido ao corticóide que tomou para uma dor no ombro, e também a gastrite. Então por um tempo ainda tomou Omeprazol e Captopril, e depois parou. Devolveu todos os medicamentos para a policlínica.

Gosta de fazer Biokinesis, um tratamento com frequências sonoras para acelerar a cura dos mais diversos problemas de saúde: aneurisma, sinusite, dor de dente... Ele explicou que funciona a partir da concentração da força do pensamento para criar a energia capaz de alterar o DNA das células do praticante. Para atingir os resultados, é necessário ser disciplinado e executar diariamente uma série de exercícios de meditação.

No geral, tem se sentido muito bem, passeia com o cachorro, cuida da casa. É feliz em viver sozinho, por ter muita liberdade. Talvez não estivesse tão bem se tivesse alguém do lado, porque poderia ser que puxasse para baixo. Só sente falta de quando tinha uma condição financeira melhor.

Considera sua saúde ótima, não toma nem um comprimido. “Hoje em dia, uma pessoa de 50 anos já toma 4 ou 5 comprimidos por dia.” Depois de passar por muitos exames, descobriu que tinha um aneurisma da aorta, mas decidiu não operar. Sempre foi espírita e ajudava no Centro: fez e ainda faz muitos tratamentos e cirurgias espirituais.

O pai era um homem da roça, mas era maravilhoso. Os pais estavam sempre rindo, brincando, eram muito queridos por todos. Não gostavam de ser chamados de velhos, nem se misturavam aos idosos/as.

Era prognata, e usou aparelho móvel muitos anos para corrigir. Corrigiu até certo ponto, depois deixou pra lá. Agora queria fazer implante²⁰ para esses dente que falta.

Sempre tratou os dentes: as lembranças são do motor trepidando, aquele barulhão, levantava a mão porque doía... Era arrepiante! Os pais ficavam em cima na hora da escovação. Era muito comum extrair todos os dentes e colocar dentadura, por sugestão do próprio dentista. Os pais já usavam dentaduras desde jovens. Nem faz tanto tempo assim, mas eles vieram do interior, onde ele acredita que as condições de tratamento eram piores. Tinha dentista no colégio, mas não tratava, só examinava. Agora melhorou, as técnicas mudaram, o tratamento é menos sofrido.

Lembrou-se de quando uma prima veio do interior para ficar na casa dele, ajudando sua mãe que tinha operado de flebite. Ela estava com os dentes todos podres, uma situação caótica... A primeira coisa que o pai fez foi levá-la ao dentista. “Coitada da menina, tacaram uma dentadura nela, era nova, devia ter 16, 17 anos.”

Amígdala era igual, arrancava por tudo, praticamente a sangue frio: o médico passava cocaína e removia, no consultório mesmo. Hoje acha que não tinha necessidade, era só um sinal de que tinha uma infecção no corpo. Quando teve as suas removidas, foi horrível, o pai não tinha noção de como ia ser, queria bater no médico.

Acha que teve uma vida muito boa, com empregos para escolher: nas Docas, despachante aduaneiro, corretor de imóveis, representante de laboratório farmacêutico, representante de fábrica têxtil, motorista...

²⁰ Um implante dentário é uma estrutura cônica feita de titânio (como uma raiz de um dente) que é posicionada cirurgicamente no osso maxilar dentro da gengiva, que permite ao dentista instalar (parafusando) próteses fixas para essa área.

Foi também dono de uma sorveteria, onde ganhou muito dinheiro. Não tinha chefe, nadava no clube Caiçara, fazia ginástica. Sente muita saudade desse tempo.

Depois se envolveu na construção do teleférico de São Vicente, onde perdeu todo dinheiro que tinha guardado. O Ministério Público embargou a obra, ela ficou muito tempo parada, só consumindo os recursos. Ele acabou abandonando, também porque na mesma época a irmã faleceu e o pai adoeceu. Acabou falecendo também pouco tempo depois. A mãe tinha Alzheimer e evoluiu muito rápido. Ele foi cuidando de todos.

Teve algumas grandes brigas com o Criador. A primeira quando tinha 30 anos e faleceu de câncer A, a namorada: foi um divisor de águas, porque se amavam muito. Foi quando começou a estudar o Espiritismo.

O aneurisma foi outro divisor de águas: “fui eu que o criei com a minha raiva do mundo. Fiquei doente por coisas que aprontei na vida. Fui muito rígido, orgulhoso.”

Acha que ao envelhecer, teria 2 opções: ficar como alguns amigos que não falam coisa com coisa, têm aquela rotina, vivem naquela batida... Não se qualificaram para nada, com 30 anos eram assim, agora com 80, são a mesma coisa. Para eles, pronto, acabou. Ou sentir-se novo, como ele se sente, estudando, lendo, se aperfeiçoando. O estudo não tem fim: a cabeça é fresca, porque está sempre colocando coisas novas dentro. Chega uma hora em que não sente que tem 70 anos de idade. Acha que muitas vezes não fala o que pensa, pelo amadurecimento que conquistou. “Estou em paz, e foram os anos que me trouxeram isso. Se eu me exaltar muito, tenho medo que rompa meu aneurisma. Já me envolvi em brigas e tinha arma, praticava tiro... Hoje é impossível eu pegar numa arma e atirar em alguém.”

Não tem mais televisão, só internet em casa. Essa é uma coisa que, se souber usar, salva vidas. Depende de cada um, fazer bom uso ou não. Tem gente que dá gosto de ver, vai melhorando a parte psicológica.

“Sou meio louco? Talvez! Acho que sou mais um visionário. Mas também o que mais tem no mundo é alienado”

“Pra mim, Deus é um todo. Antigamente eu acreditava em Deus como um cara chato, porque tive uma criação católica, estudei em colégio de padres. Hoje em dia prefiro me aprofundar no esotérico e no espiritual.”

Emociona-se muito ao lembrar de um cachorro que adotou na rua, Tobias, que morreu pouco antes das mortes na família dele. Depois adotou mais 2 cachorros que batizou com o mesmo nome.

Foi um grande folião de Carnaval, alugava camarote em bailes tradicionais de Santos. Eram bons tempos, as festas de hoje não tem nada disso. Considera-se saudosista só porque era um tempo muito bom. A educação era mais uniforme, o relacionamento entre as pessoas era outro. Hoje ninguém tem educação, é uma coisa fora de moda.

“Vaidoso sempre fui, é que está escondido agora, porque não estou me relacionando com ninguém. Dos meus cabelos cuido até hoje: tinjo com produtos naturais, e faço exercícios.”

Lachesis

“Tá tudo no ponto!”

63 anos, parda, doméstica aposentada, divorciada

Mora há mais de 50 anos na Aparecida, utiliza os serviços da UBS desde o outro endereço: Odontologia, mamografia, consultas de rotina.

Considera a vida maravilhosa, o único senão foi a separação da filha. Acredita que quando Deus tira uma coisa, é porque vai vir coisa melhor depois.

Não aceita depressão, e ficar sem comer, jamais! Até as coisas tristes, gosta de contar sorrindo, para não se abater.

Ainda trabalha como cuidadora de idosos/as. Atualmente, cuida de uma idosa de 125 kg, que não dorme à noite, e tem mais paciência com ela do que os próprios filhos. “Ela deve estar no beco!”

No curso de cuidadora que fez, aprendeu noções de cuidados bucais. Percebe nos idosos/as que cuida que muitos têm problemas bucais. Quando escova, a gengiva sangra.

Está fazendo uma poupança para ir embora para Portugal, morar com a filha.

Preocupa-se e cuida da irmã, que é cadeirante; e as irmãs preocupam-se com ela, talvez pela filha e neta estarem tão longe, e ela sozinha aqui.

Nasceu em Cabedelo (PB) e veio criança morar com a família, primeiro em Vicente de Carvalho, distrito do Guarujá, depois no Boqueirão, em Santos. Tem 7 irmãos, é a caçula.

Teve uma infância boa, estudava no Colégio Canadá. “A faculdade que eu trago é do meu pai e de Deus: dignidade, humildade e honestidade.”

Começou a trabalhar com 14 anos, porque queria ter seu salário, e também que a mãe parasse de trabalhar, não fizesse mais faxina para ninguém. Sem tempo ruim, trabalhou muito.

Ama os mais de 30 sobrinhos. Todos honestos e sem vícios.

Um grande baque foi a morte dos pais em 1984 e 85, com 6 meses de diferença. A família era muito mais unida, se reunia nas festas. Depois disso, ela acha que virou o “estepe” da família, todos vêm contar tudo para ela.

Casou-se em 1987 e a filha nasceu em 1988. Ficou 23 anos casada, ainda hoje são amigos, se respeitam muito.

O maior orgulho é a filha. Ela fez faculdade e ETEC junto, é muito esforçada.

Emociona-se ao falar da neta, porque sente saudade. Ambas moram em Portugal. Já pressentia que o casamento da filha não era bom, o genro era mais acomodado, usava maconha e bebia.

Considera-se observadora e curiosa, e pergunta tudo.

Considera sua saúde ótima, e participa de todas as campanhas que oferecem: mamografia, câncer bucal, ... Só oftalmologista que está esperando há 1 ano.

Acha que tem boa saúde bucal, já fez tratamento periodontal e próteses parciais removíveis no CEO (“tinha aquela perda óssea”). Usa apenas a prótese superior, porque a inferior machuca, então, só usa em eventos. “Não fico sem prótese de jeito nenhum, tenho vergonha! Conheço gente que fez prótese e ficou muito feia, mesmo em consultório particular.” Lembrou-se de um dia 2 de janeiro, há muitos anos, quando foi mastigar um pedaço de panetone, quebrou um dente. A dor era tão forte que nem pensava direito, foi num dentista particular, ele estava na Praia Grande, e veio atender. A raiz estava fraturada, precisou extrair, resolveu naquela consulta mesmo.

“Quero que Deus nunca me deixe numa cama, quero ficar velha dançando. A hora que der um piripaque, acabou!”

Silicea

“Sorriso é tudo, espanta os maus fluidos”.

64 anos, branca, divorciada, inspetora escolar aposentada

Mora no bairro desde que nasceu, tem um vínculo com a Unidade, mas raramente utiliza os serviços de saúde de bucal.

Seu dia a dia é corrido, faz tudo pelos filhos: acorda bem cedo, o neto chega às 7h, passa o dia todo com ele, dá almoço, leva para escola, pega na escola e fica até os pais virem buscar. Os filhos vêm almoçar junto. “Avó não é para educar, eu prefiro mimar meus netos. Sou coruja mesmo, porque eles são muito lindos!” Que sorte tem esses filhos e neto, em ter uma mãe e avó com tanta disposição e saúde.

Mora sozinha.

Pratica pilates 2 vezes por semana.

Considera a saúde boa pela idade que tem, é bem ativa. Tem um pouco de dor aqui e ali, mas se alimenta bem, não bebe e não fuma; acha que tudo isso contribui.

O que mais incomoda é a sinusite crônica, tem muita dor de cabeça. “Tipo dondoca, não posso isso, não posso aquilo...” Acha que é reflexo do tempo em que não se cuidava muito, trabalhava em 2 lugares, corria com os filhos. Para ela aposentar, envelhecer, ser avó, parece ter feito muito bem.

Os pais dependeram integralmente dela, quando envelheceram e adoeceram. Ela fazia tudo, eles nem saíam de casa.

Tem uma percepção muito boa do SUS. Quando precisou retirar um ovário, foi atendida no Instituto da Mulher, o atendimento foi excelente, como uma clínica particular.

Não gosta de ir ao dentista, só vai quando é necessário. Sempre fez o básico na Policlínica. Tem vontade de colocar implante, mas ainda não tem condições financeiras.

Quando era mocinha, levou um tombo, quebrou o dente da frente. Naquela época, só tinha dentista em consultório particular, e era caro, ficou bastante tempo com o dente quebrado. Quando conseguiu reconstruir o dente, ficou exibida, ria à toa.

Na infância, brincava no quintal com amigos e primos. No máximo, podia brincar na praça na frente de casa. Adorava ir para casa da avó brincar com a prima que tinha a mesma idade. E no Ano Novo festejavam, juntavam a família inteira na casa da avó, era uma bagunça. São coisas que hoje em dia não vemos mais.

Os pais eram muito rígidos, não a deixavam sair. Sentia-se presa, mesmo quando cresceu. Os amigos frequentavam sua casa, mas quando chegava certa hora, eles iam para os bailinhos e ela, não.

Ficava indignada porque o irmão podia fazer tudo que quisesse e ela não.

Os pais trabalhavam muito, e ajudavam muito o restante da família. “Se eu puxar pela memória, vêm essas boas lembranças, porque parece que fica adormecido, que não serve mais, é banal.”

Resolveu casar-se cedo, para ter liberdade, mas foi muito complicado, o marido começou a beber cada vez mais. Acha que era submissa, triste, aceitava tudo. Tinha medo de mudar de vida, “o que vai ser de nós?”

Separou-se aos 32 anos, com 3 filhos pequenos, foi criando com dificuldade do melhor jeito que pode, com 2 empregos. Foi uma época muito difícil. Os filhos reconhecem todo esse sacrifício.

“Fui pensando em um dia de cada vez. Sempre fui de não me deixar abater.”

Sempre trabalhou em escola, como inspetora contratada, e muito bem quista. Talvez estivesse lá até hoje.

Reconhece o lado bom de ser idosa: “porque mais jovem você tem mais agilidade, faz mais coisas, é vantajoso, mas a idade chega para todo mundo. Nunca tive vontade de fazer plástica. Acho que você vai fazendo, e vai virando outra pessoa.” Foi ficando cada vez mais acelerada, fazendo cada vez mais coisas, se ocupando cada vez mais “porque a vida está acabando... deixa eu aproveitar, já que na juventude não consegui.”

Tem jovens que já são velhos, reclamam de tudo.

Para as pessoas nervosas, deprimidas, recomenda um trabalho manual, porque distrai a mente e preenche o tempo, faz se sentir útil.

Conselhos que daria a alguém que aposentou-se/está envelhecendo: procure se mexer, nem que seja uma caminhada; pense em si próprio, não esqueça de você; vá passear, se arrume; tenha amizades fora de casa para não sufocar seus filhos.

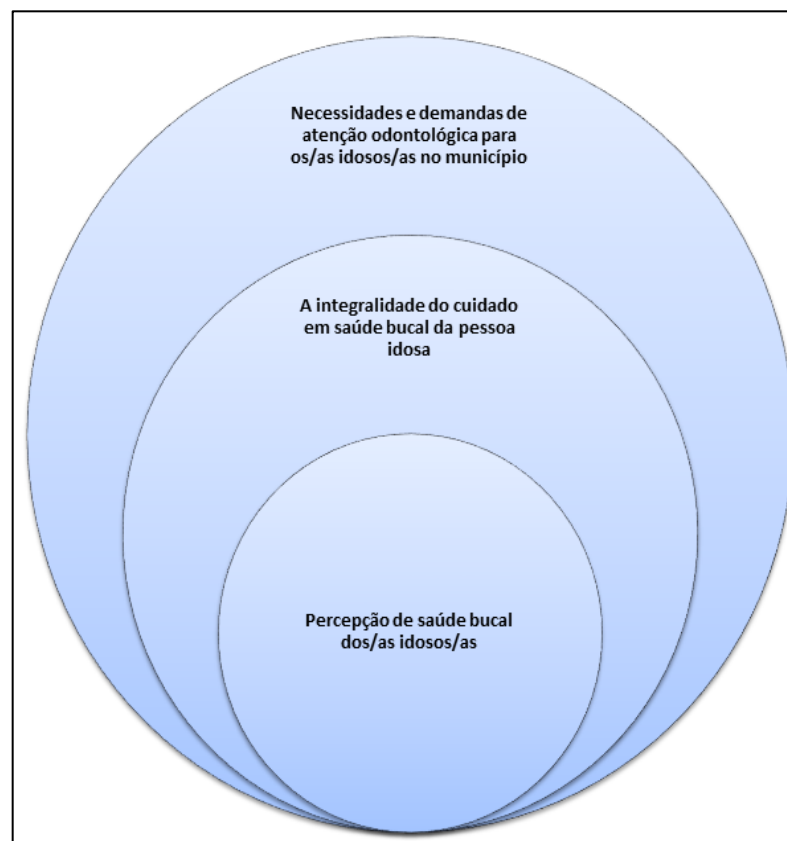
“Vou tentar me manter ativa para não dar trabalho para os meus filhos. Não depender de ninguém é muito bom.”

6. DIALOGANDO COM AS NARRATIVAS

A partir da escuta da história de vida de cada um dos(as) narradores(as), de suas experiências bucais que foram narradas, buscaremos dialogar com o referencial teórico-metodológico percorrido. Vale ressaltar o processo reflexivo permanente da pesquisadora registrado no DP em todas as fases do elaboração do trabalho, explorando em cada etapa o que havia de homogêneo, de diverso e de intenso nas informações recebidas e impressões observadas, registrados no DP. Foi impossível analisar como não-dentista!

Para isso consideramos três categorias de análise (Figura 1) extraídas a partir da leitura, reflexão e análise do material produzido no trabalho de campo (as narrativas, DP e as entrevistas), bem como dos objetivos da pesquisa. Todo esse aporte é colocado em diálogo com interpretações e compreensões possíveis do percurso desta investigação, conforme apresentaremos a seguir.

Figura 1 - Representação esquemática das categorias de análise



Fonte: Elaboração própria, 2020.

6.1. Percepção de saúde bucal dos(as) idosos(as)

Nesta pesquisa, foram muito marcantes os relatos de sofrimento bucal e naturalização da perda dentária entre os idosos(as) entrevistados(as), com prejuízos estéticos, funcionais e constrangimento social. Como apontam Narvai e Frazão (2008), a maioria destas pessoas começou a perder os dentes muito cedo para garantia de ausência de dor, a partir de um de vista imediato e econômico. Esta questão ficou marcada em algumas narrativas:

Lembrou-se de quando veio uma prima do interior para ficar na casa dele, ajudando a mãe que tinha operado de flebite, com os dentes todos podres, uma situação caótica. A primeira coisa que o pai fez foi levá-la ao dentista. “Coitada da menina, tacaram uma dentadura nela, era nova, devia ter 16, 17 anos” (Narrativa do *Lycopodium*).

Lembra do primeiro dente que teve que extrair, na época não ligou muito, porque o dentista extraiu só um dente e os outros estavam bons (Narrativa da *Nux vomica*).

Assim como as histórias patográficas²⁴ construídas por Barros e Botazzo (2011), estas narrativas estão repletas de relatos de vergonha decorrente de mutilações bucais e iatrogenias, conflitos e inseguranças. Para Araújo et al. (2006), ao expor as suas perdas dentárias, o indivíduo está expondo também as suas perdas culturais, sociais, econômicas, afetivas e políticas.

Com frequência, a perda total dos dentes é associada à falta de cuidados e higiene, bem como à falta de condições socioeconômicas e culturais. Assim, além de apresentar a sequela, o sujeito é também comumente responsabilizado por ela e, muitas vezes, acaba ficando com vergonha de se expor ao profissional dentista, muitas vezes impedindo ou mesmo dificultando algum tipo de atendimento.

As condições socioeconômicas de vida como escolaridade deficiente, baixa renda e falta de trabalho, de quando estes(as) idosos(as) eram jovens, produziu efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Corroborando com o que Narvai (2011) aponta, fez muita falta um sistema de saúde público e acessível a eles, o que não favoreceu a promoção do cuidado em saúde bucal. Este foi um forte determinante da perda dentária que marcou essa geração de pessoas e sua condição bucal atual é, também, um sinal da exclusão social que

²⁴ Histórias Patográficas: narrativas dos usuários de uma UBS que, através de suas falas, revelaram queixas, incômodos e situações que viveram consciente e inconscientemente, e que se materializaram em seus corpos (BARROS; BOTAZZO, 2011).

viveram: existe uma relação entre as histórias de infâncias sem cuidado materno e/ou familiar, sem informação e assistência odontológica e a atual condição da cavidade bucal deficiente (BULGARELLI et al., 2012; CAMPOSTRINI; FERREIRA; ROCHA, 2007; DOCKHORN, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008; RAMOS; LIMA, 2003; SANTOS; ASSIS, 2006). Situação foi vista aqui em inúmeros relatos dos(as) narradores(as):

Acha que teve uma trajetória de vida muito triste, uma infância muito ruim. A mãe a deu para uma tia criar, e ela judiava demais. “O pior é que a minha memória é boa, e eu lembro de tudo” (Narrativa da *Staphysagria*).

Em épocas mais difíceis, dividiam um ovo por sete pessoas. “Foi essa vida cruel que me trouxe pra cá.” Brincava e estudava quando sobrava tempo. “As escolas não eram boas” (Narrativa da *Natrum muriaticum*).

Aprendeu a nadar na represa e teve muita sorte de não ter ficado doente. Contou que lá era muito comum as crianças morrerem, de esquistossomose, de doença de Chagas... (Narrativa da *Nux vomica*).

Tem lembrança de sempre ter tido muita saúde, apesar de ter vivido em condições precárias por longos períodos (Narrativa da *Staphysagria*).

Tem lembranças vagas de brincadeiras com primos na infância. Começou a trabalhar aos oito anos, de babá, das 4h da manhã até à noite. Quando conseguia ir para o colégio, dormia nos cadernos (Narrativa da *Ignatia amara*).

Os pais já usavam dentaduras desde jovens. Nem faz tanto tempo assim, mas eles vieram do interior, onde ele acredita que as condições de tratamento eram piores (Narrativa do *Lycopodium*).

Devemos lembrar que na época em que os narradores eram mais jovens, não havia possibilidade de tratamento odontológico que não fosse em um serviço particular. A política pública de Saúde Bucal foi por muitas décadas excludente, voltada para a atenção centrada no escolar. Na análise de Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013), o principal foco da Odontologia era o mercado privado, numa prática individualista voltada para o lucro e o Mercado, e esse descaso social resultou em mutilação de inúmeras bocas, como relatado por *Natrum muriaticum*:

Até para ir ao médico e conseguir medicamentos, agora é melhor: antigamente, tinha que dormir na fila para conseguir uma consulta. Tomava chás porque não tinha remédio. “Tá todo mundo num paraíso, policlínica na porta, remédio de graça...”. Quando precisou de tratamento dentário, foi a um consultório particular, e foi bem caro, teve que pagar em parcelas”.

E em outras declarações também:

Por muitos anos, pagou caro para cuidar dos dentes, fez tratamentos de canal e próteses fixas (Narrativa do *Capsicum*).

Como não tinha policlínica, ia na Santa Casa buscar tratamento dentário (Narrativa da *Sepia*).

Santa Casa na minha cidade era só para rico, e dentista não sei nem se tinha (Narrativa da *Ignatia amara*).

Quando era mocinha, levou um tombo, quebrou o dente da frente. Naquela época, só tinha dentista em consultório particular, e era caro, ficou bastante tempo com o dente quebrado. Quando conseguiu reconstruir o dente, ficou exibida, ria à toa (Narrativa da *Silicea*).

Os relatos são entremeados das dimensões de Bucalidade, conceito que nos ajudou a refletir sobre as necessidades bucais destas pessoas e o abandono odontológico que viveram. Nota-se pelas histórias contadas que essas pessoas não conseguem desempenhar as funções bucais plenamente, e todos os aspectos de Bucalidade foram impactados: quando pensamos em Manducação (capacidade que a boca tem de apreender, insalivar, triturar e deglutir os alimentos), não é difícil imaginar o que acontece com estas pessoas com ausência de dentes, mesmo que sejam poucos. A falta dos dentes naturais provoca mudanças físicas marcantes, dentre elas a dificuldade de mastigação e deglutição, a má digestão e a desnutrição. A limitação na escolha dos alimentos também reduz o sentido prazeroso da alimentação (ALMEIDA; SOUZA, 2006; BOTAZZO, 2006), aspectos relatados por *Nux vomica* neste trecho de sua narrativa:

No Nordeste, o pessoal arranca os dentes à toa, não se importa de usar dentadura. Faz muita falta os dentes, não consigo mastigar direito. Estou magra assim porque tudo que gosto de comer, não consigo: carne, farinha, mandioca... Parece que faz um ano que eu não como.

Sabemos que o erotismo bucal está presente desde o nascimento, e permanece por toda a vida do indivíduo - a satisfação bucal não se dá somente pela alimentação, mas também pelo ato sexual. A boca representa uma parte muito íntima e primitiva do nosso corpo: o primeiro contato do bebê com o mundo é através da boca, na amamentação, sua única fonte de prazer e isso fica guardado em seu inconsciente. O corpo jovem é associado à potência, aos dentes fortes, à saúde, ao poder e à agressividade, como nas narrações a seguir:

Estou em plena atividade; se me chamarem de velho, levam um puxão de orelha! (Narrativa do *Bryonia*).

Como ele mesmo diz, não precisa nem usar Viagra, não tem dificuldade nenhuma. “É um privilégio chegar à minha idade com saúde” (Narrativa do *Capsicum*).

Já um corpo velho sem dentes seria considerado desprovido de força, vitalidade e erotismo, como nas falas de *Sepia* e *Staphysagria*:

Tem se achado velha e fraca. Já não tem a beleza de antes, mas gostaria de arranjar um namorado. “Quando estiver com os dentes novos, vou poder paquerar, namorar... Desse jeito que está, não consigo” (Narrativa da *Sepia*).

Acha que não tem nada de bom em ficar velha, nunca pensou que seria tão difícil (Narrativa da *Staphysagria*).

Também situamos a boca como órgão de comunicação por excelência, que conduz para fora o que está dentro de nós. A perda de motricidade dos lábios, a falta de tonicidade da língua causadas pela perda dental ou por próteses mal adaptadas, faz com que a comunicação fique comprometida, diminuindo as possibilidades de interação social do(a) idoso(a) em seu convívio familiar e afetivo.

Nestes encontros, mostrava-se envergonhada por não ter os dentes “da frente” e pela fala estar “assobiada”, escapando ar quando falava (Narrativa de *Nux vômica*).

O que mais incomoda é a fala, que é “fanhosa” e a sensação de que está com a boca vazia (Narrativa de *Sepia*).

Muitos autores expuseram o descaso que existe quanto às repercussões da perda dental na qualidade de vida destas pessoas sendo que, depois de extraídos os dentes, existe dificuldade para adaptar-se às próteses. Por melhor que sejam, elas não repõem todas as funções e sensações que a dentadura natural proporciona. Há prejuízos estéticos, funcionais, constrangimento, preocupação e vergonha, exprimidos como dificuldade para relaxar, embaraço e até perda da vontade de sair de casa (ARAÚJO et al., 2012; BORTOLI et al., 2017; BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008; SILVA et al., 2010; VARGAS; PAIXÃO, 2005). Exemplos nos trechos de narrativas a seguir:

Começou a pensar mais em usar dentaduras quando uma cliente comentou: “O Sr. é ótimo pintor, mas se me permite dizer, seus dentes são horríveis!”. Ela ficou meio sem graça depois que disse isso, mas ele pensou: “Ela tem razão!” (Narrativa do *Capsicum*).

Essas próteses novas ficaram curtas, “não pegam pressão”. Uma noite foi com os filhos comer pizza, e quando espirrou, a prótese quis sair da boca, ainda bem que pôs a mão na frente. Basta abrir a boca para ela cair. Falou pro dentista que tem o palato profundo, essa prótese ficou curta e pega a língua. Foi tantas vezes lá queixar-se que acabou ficando com vergonha e não foi mais (Narrativa da *Ignatia amara*).

O referencial de reabilitação bucal desses narradores é de próteses antigas e desgastadas e, por isso, tendem a se satisfazer e se adaptar às muitas limitações impostas pelas próteses inadequadas, como a má articulação das palavras, a dificuldade de mastigar determinados alimentos e a estética comprometida (DOCKHORN, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008). Exemplos nos trechos abaixo:

Usa apenas uma PT superior bem desgastada, porque a inferior quebrou, ela colou, mas nunca mais serviu direito (DP da visita a *Sepia*, 10/10/19).

Está usando PTs bem desgastadas, por que as novas que fez no CEO não ficaram boas, ficaram pequenas, curtas e não têm a estabilidade das antigas (DP da visita a *Ignatia amara*, 08/11/19).

Usa a mesma prótese há 12 anos. Acha que as próteses ficaram muito boas, porque duraram todo esse tempo e ela já derrubou, quebraram, ela colou, e continua usando. Só jogou fora a inferior, que não parou mais na boca (Narrativa da *Sepia*).

Usa apenas a prótese superior, porque a inferior machuca, então, só usa em eventos. “Não fico sem prótese de jeito nenhum, tenho vergonha!” (Narrativa da *Lachesis*).

Muitas destas pessoas foram vítimas do excesso de tratamento e de um ciclo restaurador repetitivo, fruto do modelo de trabalho curativo e mutilador da profissão odontológica. Pudemos deduzir que o acesso ao dentista não é sinônimo de saúde bucal e, em geral, quanto maior a frequência de consultas, mais intervenções e mais perdas dentárias, principalmente em mulheres (BORTOLI et al., 2017; CAMPOSTRINI; FERREIRA; ROCHA, 2007; DOCKHORN, 2007). Algumas vezes, sujeitavam-se a tratamentos penosos, sem anestesia, com equipamentos defasados, o que desenvolveu em muitos deles(as) uma justificada fobia ao dentista (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Sempre tratou os dentes: as lembranças são do motor trepidando, aquele barulhão, levantava a mão porque doía... Era arrepiante! (Narrativa do *Lycopodium*).

Os dentistas eram muito ruins, arrancavam dentes sem anestesia. Até hoje, não é muito bom, dá uma aflição (Narrativa da *Natrum*).

Provavelmente não encontraram o resultado desejado, porque o que foi contado ao profissional não foi considerado: faltou ouvir da boca do sujeito o que ele(a) pretendia:

Seus dentes começaram a ficar “ruins” quando tinha uns 40 anos. Nunca tinha tido cárie ou dor de dente, “mas dente parece que é assim: quando um fica ruim, você mexe, e os outros vão ficando ruins também (Narrativa da *Nux vomica*).

Foi perdendo os dentes de um em um, já passou por mais de 10 profissionais, cada vez era um dente diferente com problema, mas nunca deixou de ir a cada um ou dois anos (Narrativa da *Nux vomica*).

Sempre foi ao dentista, desde que tinha 20 anos: “Naquele tempo, eu ainda tinha dentes. Foi lá que extraíram os últimos” (Narrativa da *Sepia*).

O(a) dentista é um(a) profissional que tem dificuldade de conduzir sua prática profissional sem intervenções na boca, o que faz com que sua atuação se torne ineficaz, ineficiente, monopolizadora, altamente custosa, tecnologicamente densa, elitista, iatrogênica e mutiladora. O(a) paciente também tem em seu imaginário a visão do(a) dentista cercado(a) daquele aparato, com o instrumental na mão, esperando o momento de agir (BARROS; BOTAZZO, 2011; BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008).

Durante sua primeira gestação, percebeu que os dentes estavam ruins. “Não dava risada, nada. A boca tava toda estourada.”... e todos os dentes superiores foram extraídos de uma vez (Narrativa da *Staphysagria*).

Lá era um carnicheiro, arrancava os dentes direto! (Narrativa da *Sepia*).

Como enfatizam Araújo et al. (2012) e Fonsêca et al. (2017), a representação que existe é do(a) paciente acomodado(a) na cadeira odontológica, com a boca aberta, tendo os dentes inspecionados. As alterações dentárias são registradas no odontograma, um indicador de diagnóstico e terapêutica, de forma acessível apenas àqueles com conhecimento técnico suficiente, que evidencia o caráter “dentarizado” das práticas do profissional.

A “extração seriada” dos dentes poderia acontecer ser pela vontade do(a) próprio paciente, esta construída socialmente, por não ter condições de aguardar meses na fila de espera para uma recuperação apropriada do dente, pela falta de condições financeiras para realizar o tratamento em consultório particular, ou ainda influenciada pelo(a) profissional (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Então o paciente decide que a extração é o melhor caminho, o que é de seu direito.

Uma vez precisou fazer tratamento de canal em dois dentes para salvá-los, e não quis. Quando foi ao dentista, ele extraiu uns quatro dentes: eu não soube nem porque (Narrativa da *Nux vomica*).

Foi para casa e pensou “vou mandar ele arrancar tudo!” O dentista negou-se a princípio, mas depois foi extraindo dois ou três de cada vez. Em um mês, ela já não tinha nenhum dente (Narrativa da *Ignatia*).

Era muito comum extrair todos os dentes e colocar dentadura, por sugestão do próprio dentista (Narrativa do *Lycopodium*).

Numa passagem marcante das narrativas de Bortoli et al. (2017, p. 538), uma entrevistada relata:

Na época, eu não sei se era da própria formação do dentista, mas não se tinha esse cuidado de restaurar o dente, de analisar e recuperar esse dente, não sei se de repente teve falha na sua própria formação... De descaso, de falta de compromisso com a saúde, até porque quando a gente deixa de ter o dente na boca, a falta dele vai estar interferindo num processo geral de saúde da gente...

Uma questão que surgiu na análise, mas não foi objeto deste estudo apesar de considerarmos muito importante, é que há histórica e fortemente estabelecida uma relação de poder entre dentista e paciente, em que o(a) paciente aceita tudo o que é proposto pelo(a) profissional por ser ele(a) o(a) detentor(a) de todo conhecimento, desconsiderando o lugar do(a) “Dono(a) da Boca” (LEME et al., 2019). Mas essa discussão e seu aprofundamento seria tema de uma outra pesquisa.

Narvai e Frazão (2008) no capítulo “Mutilação dentária e percepção da Saúde Bucal” do livro “Saúde Bucal no Brasil, muito além do céu da boca” destacam que a extração sistemática de dentes marca até hoje o trabalho dos(as) dentistas, principalmente daqueles(as) que trabalham com populações pobres, independente do sexo ou grau de instrução destas pessoas. Da mesma forma, sob o ponto de vista epidemiológico, os principais resultados das pesquisas nacionais em Saúde Bucal realizadas em 2003 e 2010 revelam uma situação bastante crítica, com alto grau de edentulismo e necessidade de próteses nesta população, e tendem a se agravar caso não sejam tomadas medidas preventivas, educativas e de reabilitação (BRASIL, 2004b; 2012).

A crença é de que o edentulismo é inevitável na velhice e o(a) idoso(a) é estigmatizado(a) com a dentição frágil, a mastigação deficiente e as dentaduras soltas. É como se os dentes tivessem uma vida útil e, com o passar dos anos, vão se seguindo as extrações, seguidas do uso de dentaduras num processo natural. Por isso, é incomum ver pessoas com idade avançada e dentadas, o que causa um certo espanto o relato de pessoas que chegaram à velhice com todos os dentes (ALMEIDA; SOUZA, 2006; LEWANDOWSKI, 2014).

De um tempo para cá tem preferido extrair os dentes quando sente dor. A prótese removível que fez há pouco tempo já não serve mais, e cada vez mais ele está se conformando com a ideia de usar dentaduras (Narrativa do *Capsicum*).

Você não vai acreditar, mas meus pais faleceram com 94 e 96 anos e tinham todos os dentes, eles tinham muita saúde!” (DP da visita a *Capsicum*, 06/09/2019).

Meu pai morreu com oitenta e poucos anos e tinha todos os dentes! (DP da visita a *Natrum*, 13/11/2019).

Como em Almeida e Souza (2006), Martins et al. (2010) e Botazzo (2013b), pudemos presenciar relatos positivos e otimistas, em que os(as) narradores(as) consideram-se saudáveis, apenas por não apresentarem problemas funcionais ou sociais relacionados à Saúde Bucal. Mesmo com as perdas dentárias extensas, não deixam de participar de atividades físicas,

culturais ou de lazer, e consideravam sua aparência ótima, a mastigação satisfatória, sem problemas de fala, e sem dor, acima de tudo. Desta maneira, não sentiam nenhuma necessidade de tratamento ou troca das próteses. São exemplos de que, mesmo com suas limitações funcionais, recuperaram não só a estética, mas também a confiança:

Não se incomoda por não ter muitos dentes, porque mastiga tudo que quer (Narrativa do *Capsicum*).

Desde jovem, usa dentadura na arcada superior e PPR inferior. Adaptou-se bem usando próteses, come de tudo, não tem dificuldade para falar, nunca machucou. Até o protético elogiou muito os rebordos, perfeitos para prótese. Pensou: “vou ter vergonha de usar dentadura porquê?!” (Narrativa da *Staphysagria*).

Acredita que agora tem mais saúde bucal que antes, porque a boca está limpa, e escova bem a prótese todos os dias (Narrativa da *Sepia*).

Colocou a dentadura, nunca teve dificuldade nenhuma, ficou com ela muitos anos. “Como amendoim, carne dura, pipoca, chupo cana, como tudo, não dói nada. Depois de uns 30 anos, fez mais um par de dentaduras no CEO da Prefeitura, e ficaram tão boas, que por ela não trocaria mais” (Narrativa da *Ignatia*).

Finalmente, do ponto de vista psicossomático, a boca é um dos órgãos mais importantes do corpo. É muitas vezes na boca que os fenômenos do psiquismo se dão como expressão de saúde ou doença. Apesar de sabermos que o inconsciente está presente em todas as nossas atividades, não nos damos conta de como concretamente ele se manifesta ou interfere em nosso organismo, em especial no tocante a aspectos bucais. Isto se dá porque temos pouco contato com experiências que relacionam corpo e mente (BOTAZZO, 2013b; VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Mais uma vez pensamos em Bucalidade. Comer, por exemplo, não é apenas um processo físico e biológico, mas também guiado pelos impulsos e pelos sentimentos, quando a comida simplesmente “não desce”: a boca está à disposição, mas se estamos preocupados nada “cai bem” no estômago; ou se estamos ansiosos, comemos demais; ou quando vamos do emudecimento para a falta de controle do que falamos e; o apertamento ou ranger de dentes como alívio de tensões (ALMEIDA; SOUZA, 2006; BOTAZZO, 2006). Pelos relatos, foi notável a ação dos sentimentos e das emoções, provocando inflamações e disfunções nos(as) narradores(as):

O que mais a incomoda agora é o estômago - tem gastrite nervosa há muitos anos. Já tentou todo tipo tratamentos: medicamentos, chás, plantas... mas já sabe: toda vez que tem uma preocupação ou aborrecimento, vem a dor no estômago e a má digestão (Narrativa da *Nux vomica*).

Teve um episódio de paralisia facial em que teve que ficar internada. Não sentia dor, só fez fisioterapia e tomou medicamento e melhorou. A médica que a atendeu disse que era devido a mágoas e ressentimentos guardados e a aconselhou a sempre desabafar: “O que a Sra. tiver que falar, fale!” (Narrativa da *Staphysagria*)

Quando ficou viúva, da noite para o dia, a gengiva inflamou demais, parecia que ela não cuidava fazia anos. Doía muito, procurou um dentista na Praça Nossa Senhora Aparecida que fez até raio X. Ela então descreve perfeitamente o que seria uma doença periodontal e o tratamento que foi feito: prescrição de antibiótico e bochecho (Narrativa da *Ignatia*).

Não aceita depressão, e ficar sem comer, jamais! Até as coisas tristes, gosta de contar sorrindo, para não se abater (Narrativa da *Lachesis*).

A princípio, a intenção da pesquisa era realizar o exame bucal de todos os(as) participantes após as entrevistas. Esperava-se encontrar um paradoxo: condições de saúde bucal deficientes, em pacientes que se diziam satisfeitos(as) com sua boca. Conforme dito anteriormente (nas págs. 36 e 48) com o desenrolar das entrevistas, o exame se mostrou desnecessário e que pouco iria contribuir para reflexão, e foi perdendo o sentido para a pesquisa. Cada pessoa tem uma percepção do que seja saúde bucal, muito própria e particular dela, e não cabe ao dentista impor sua opinião, pois ela é comumente técnica e biológica; mais uma vez, é prepotência querer saber mais que o(a) “Dono(a) da Boca”.

6.2. A integralidade do cuidado em saúde bucal da pessoa idosa

Uma das dimensões da integralidade mais evidentes a ser aqui discutida é a visão holística do ser humano biopsicossocial, uma vez que os(as) idosos(as) são, em geral, percebidos pelos(as) profissionais de saúde de maneira fragmentada, reducionista, em especialidades clínicas ou grupos de cuidados e com enfoque na doença (ARAÚJO et al., 2012). Os(as) profissionais simplesmente repetem prescrições, mas entendemos que o cuidado é mais que isso. O serviço de saúde, via de regra, se organiza para atender a uma demanda espontânea de patologias agudas, de forma segmentada e sem levar em conta o protagonismo e autonomia do usuário. Nas palavras de Franco e Merhy (2012, p. 155):

a integralidade pode se realizar como uma diretriz burocrática e meramente prescritiva, quando sobretudo os processos de sua realização ficam centrados nos procedimentos, no ato burocrático, nas maquinarias, instrumentos, protocolos, dando pouca liberdade para os próprios trabalhadores, ou pode assumir a configuração de um trabalho mais pautado pelas tecnologias relacionais.

O caminho para o cuidado integral à saúde, um direito constitucional, parece ainda não estar claro nem para os profissionais, nem para os gestores ou mesmo para os(as) usuários(as) de nosso sistema de saúde (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008). Levando em conta que esta pesquisa se deu em uma UBS tradicional da cidade, não em uma USF, observamos que não se considera o contexto e o entorno da Unidade no planejamento e execução das ações em saúde. Pires e Botazzo (2015) são alguns dos autores que tratam dos determinantes sociais da saúde bucal: ela não é determinada pelos sujeitos individualmente, mas pela soma de vários fatores como condições de moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde e modos de levar a vida, que geram situações de saúde e doença. Realidade explicitada no trecho do DP abaixo:

Realizar as visitas domiciliares foi um segundo deslocamento do papel de dentista, pois sempre ficamos esperando o usuário vir até nós na UBS, bem alheios ao bairro que nos cerca. É comum chegar, atender e ir embora (DP, 30/08/19).

Pudemos refletir também sobre a falta de integração entre os diferentes profissionais na AB: a ESB, por exemplo, trabalha relativamente separada do restante dos profissionais da unidade e, mesmo quando tem oportunidade de integrar-se, cria barreiras. Esse isolamento ocorre em ambos os sentidos: do(a) dentista em relação aos demais, porque tem uma prática e uma linguagem técnica dento-centrada, e da equipe em relação aos profissionais de Saúde Bucal, por terem pouca compreensão de que estes assuntos também lhe dizem respeito (BOTAZZO, 2006; SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000).

Ela não sabia que havia consultórios odontológicos na Unidade, o que considerei grave, porque sempre houve dentista na UBS.... mais uma vez ficou marcado o distanciamento da Odontologia do restante da equipe, bem como a fragmentação do cuidado neste modelo de UBS que temos em Santos (DP da visita a *Natrum muriaticum*, 13/11/19).

Como apontaram Araújo e Dimenstein (2006), isto dificulta a abertura de um diálogo compartilhado entre os profissionais, algo essencial na AB. Vem desde a formação na Universidade essa fragmentação e o que vemos em prática é fruto da falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada no SUS.

Iniciei o trabalho de campo com a proposta de buscar parceria com os(as) ACSs para acessar os sujeitos da pesquisa, por conhecerem melhor o território de entorno da Unidade. Para tanto, participei de seis reuniões de ACS por aproximadamente quatro meses (de 12/4/2019 a 15/08/2019). Foi meu primeiro deslocamento do papel de dentista, pois nunca havia participado de qualquer reunião na Unidade, visto que a prioridade para a equipe de Saúde Bucal é sempre o atendimento clínico (DP, abril/2019).

De acordo com nossos achados e outros estudos (SANTOS; ASSIS, 2006), poderíamos melhorar a qualidade da assistência oferecida se houvesse articulação das diferentes áreas do conhecimento para um objetivo comum, como por exemplo, a substituição do mero atendimento às demandas espontâneas de dor por ofertas de ações organizadas, de promoção e prevenção. Uma iniciativa seria o questionamento a respeito das condições de saúde bucal dos(as) idosos(as), que pode partir de todo(a) profissional de saúde que tenha contato com ele(a), independente de sua formação. Posteriormente, situações que levantem dúvidas poderiam ser esclarecidas em parceria com o(a) CD da Unidade.

A abertura dos(as) profissionais para outros aspectos que não aqueles diretamente ligados à sua área específica de atuação, ou mesmo à doença, como a necessidade da conversa com o(a) usuário(a), também constitui a integralidade. Essa comunicação possibilita conhecer o contexto de vida do(a) paciente como componente fundamental do diagnóstico de saúde-doença e compreender o(a) usuário(a) em sua totalidade, e é por meio dela que podemos entender as demandas da população assistida (BULGARELLI et al., 2012). É exemplo de tecnologia leve que pode e deve ser usada por todas as áreas profissionais na AB para diminuir o conteúdo técnico e abrir mais espaço para a interação entre as pessoas (MERHY; FRANCO, 2003). Nas narrativas aparecem relatos de falta de diálogo, o que não propicia a criação e o fortalecimento de um vínculo (a)efetivo:

Desde quando era nova, até hoje em dia, acha que os médicos muitas vezes nem olham para o paciente numa consulta (Narrativa da *Nux vomica*).

Não tenho nada contra os médicos, mas eles fazem aquelas consultas e receitas padrão... (Narrativa do *Lycopodium*).

Algumas narrativas revelam o oposto, de como a ligação criada pode ser consolidada com o passar do tempo:

Deus te abençoe pelo que você está fazendo por mim e pelos outros, é uma maneira de ajudar. Pode ter certeza que nunca vai estar sozinha; quando estiver velhinha, vai vir alguém cuidar de você, porque você merece. Você é uma boa ouvinte e eu sou um bom contador de histórias, histórias reais (Narrativa do *Capsicum*).

Antes, ia ao INSS se consultar. Desde aquele tempo, é paciente de um dos médicos clínico geral da Unidade. Fala dele com muito carinho, afinal de contas é sua paciente há mais de quatro décadas (Narrativa da *Staphysagria*).

O Dr. C é muito atencioso e gosta de escutar (Narrativa da *Natrum muriaticum*).

É muito importante que a escuta aconteça num ambiente favorável à humanização do cuidado, acolhimento e vínculo, diferente de como é um consultório odontológico, com seu arsenal tecnológico exposto, muito barulho vindo dos outros equipamentos e de conversas paralelas. Sair deste espaço para uma primeira consulta pode ser uma tentativa de superar as limitações presentes na comunicação entre paciente e dentista.

As entrevistas foram realizadas numa conversa em sala de consulta médica da Unidade, isto é, fora da cadeira e do ambiente odontológico, buscando estabelecer uma outra relação entre “dentista e paciente” (DP, 12/09/2019).

Talvez seja pensando na integralidade, o maior propósito de aplicação do conceito de Bucalidade: de colocar a boca no meio da sala e poder discuti-la com a gestão, com os(as) outros(as) dentistas, os(as) demais profissionais da saúde da unidade e com o(a) usuário(a) (BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008; FONSÊCA et al., 2016). Também atuando como uma ferramenta para ampliar a clínica de saúde bucal o que, além de possível, pode gerar resultados positivos no que diz respeito à resolutividade, à corresponsabilização do cuidado e à satisfação dos(as) usuários(as) (FONSÊCA et al., 2017; HAYACIBARA et al., 2012).

6.3. Necessidades e demandas de atenção odontológica para os(as) idosos(as) no município

Seguindo as características históricas da prestação de serviço e modelos de atenção odontológico no país, a cidade de Santos não foi diferente. Somente a partir de 1989, com os governos de Telma de Souza e David Capistrano, é que foi implementado o sistema de saúde local, numa iniciativa pioneira no país. Foi implantada e ampliada uma série de “policlínicas”, unidades de saúde distribuídas por toda cidade, que passaram a oferecer atendimento médico, odontológico e vacinal de forma descentralizada e integrada com o restante da rede, modelo já muito semelhante ao que temos hoje na cidade. Os(as) dentistas começaram a ser removidos(as) das escolas e entidades para estas policlínicas em 1990, de forma que os adultos também passaram a ser beneficiados por cuidados odontológicos. Além disso, foram reorganizadas as ações preventivas, intensificada a vigilância na qualidade de fluoretação da água de abastecimento e houve ampliação de serviços especializados, como tratamento endodôntico (MANFREDINI, 1997).

Uma significativa parcela da sociedade de adultos e idosos que foi durante muito tempo excluída da atenção, teve acumulada uma demanda de acesso aos serviços odontológicos, aliada à necessidade de níveis de atenção de maior complexidade, como a reabilitação protética (VARGAS; PAIXÃO, 2005). Nota-se que os serviços odontológicos na AB até agora não têm dado a atenção necessária às demandas que o envelhecimento populacional tem trazido pois os(as) idosos(as) são um grupo heterogêneo e com necessidades de cuidado também diferentes entre si. A proposta de atendimento integral às necessidades de saúde bucal destas pessoas ainda não se concretizou e o modelo curativo, centrado em práticas clínico-individuais de resposta à demanda espontânea e mero produtor de procedimentos, ainda é hegemônico (BORTOLI et al., 2017; CZERESNIA, 2003; SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000). Os serviços privados não são uma opção, visto que há uma redução de renda significativa nessa faixa da população (CAMPOSTRINI; FERREIRA; ROCHA, 2007).

Em nossa pesquisa, percebemos que a demanda mais referida pelos(as) idosos(as) é por confecção e troca de próteses, reflexo das perdas dentárias extensas a que foram submetidos(as) em sua juventude. *Nux vomica* em sua narrativa, expõe essa situação:

“Faz muita falta os dentes, não consigo mastigar direito. Estou magra assim porque tudo que gosto de comer, não consigo: carne, farinha, mandioca... Parece que faz um ano que eu não como”. Está na fila de espera para instalação de PPRs no CEO há pelo menos 3 anos. Não sabe se vai acostumar-se a usar próteses, mas quer tentar porque acha que como está é muito ruim.

Segundo o levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, 50,5% dos idosos(as) entrevistados(as) afirmaram necessitar de tratamento odontológico e 55,6% acreditavam precisar de prótese (DALAZEN; BONFIN; DE-CARLI, 2018), em concordância com a tendência encontrada na presente pesquisa. Shinkay e Del Bel Cury (2000) apontaram que o alto grau de edentulismo evidencia que o tratamento restaurador falhou e houve falta de investimento em políticas públicas de prevenção e promoção de Saúde Bucal. Já Vargas e Paixão (2005), Botazzo e Oliveira (2008) e Botazzo (2013b) destacaram que, até hoje, grande parte da população não tem acesso ao tratamento odontológico.

Logo de início, ele contou que naquela semana mesmo tinha procurado uma dentista próxima para extrair um dente que doía. Ele, a esposa e o filho pareceram indignados por ele ter tratado os dentes na UBS e mesmo assim ter tido dor no dente que acabou por ser extraído. Depois, fiquei refletindo sobre o acesso ao serviço de saúde bucal na UBS, em como o tratamento dispensado ao usuário o afasta, a rigidez nos horários e nos procedimentos, por exemplo (DP da visita a *Capsicum*, 06/09/2020).

Nem sabia que havia consultório odontológico na Unidade, se soubesse talvez tivesse ido antes de ir a um consultório particular: “mas lá vocês faz (sic) todo tratamento? Não sabia!” (Entrevista da *Natrum*).

Por esses motivos, é de grande importância a expansão da oferta de próteses dentárias na AB, através da inclusão de procedimentos destinados à fase clínica dentre as competências do cirurgião-dentista da UBS, bem como a instalação de mais LRPDs na cidade. As próteses “sociais”, por exemplo, não são de difícil confecção ou alto custo, e têm um resultado funcional e estético muito satisfatório. Isto diminuiria a espera pela instalação de próteses que pode chegar a três anos no modelo atual, sendo que são confeccionadas apenas nos CEOs, que conta com apenas um LRPD e um laboratório de prótese credenciado pelo município, localizado no estado de Minas Gerais.

Muitos estudos (BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008; ONOCKO-CAMPOS et al., 2014; SANTOS; ASSIS, 2006) indicaram que a maior parte das demandas em Saúde Bucal (cerca de 80%) poderia ser resolvida na AB caso o requisito fosse apenas a capacidade técnica dos profissionais. Entretanto, constatamos que os insumos disponíveis não permitem uma resposta efetiva. Existe uma contradição entre o que a gestão preconiza, que é que sejam realizados o maior número de procedimentos possível, e o que é oferecido, com carência de materiais ou equipamentos compatíveis. Por isso, a resolutividade para a necessidade de tratamento de adultos e idosos é considerada baixa (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Mello, Erdmann e Caetano (2008) e Nickel, Lima e Silva (2008) são alguns dos autores que ressaltaram a redução dos índices de cárie dentária no Brasil desde a década de 1980, tendo em vista medidas como a regulamentação da fluoretação de água de abastecimento e dos cremes dentais. Por conta disso, chegam aos serviços de saúde pessoas que alcançaram a fase idosa atualmente, demandando conservação da saúde bucal conquistada nos anos de juventude (SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000).

Não tem lembranças de problemas bucais que incomodassem. Faz o possível para consultar-se com a(o) dentista da Unidade pelo menos uma vez por ano, mesmo sem queixa odontológica nenhuma. Possui todos os dentes, alguns são restaurados, restaurações estas que precisam ser substituídas de vez em quando. Pensei: esse é o ideal de saúde bucal que eu gostaria para todos os idosos brasileiros! (Narrativa do *Bryonia*).

Até os 28 anos não tinha uma obturação na boca (Narrativa da *Ignatia amara*).

Seus dentes começaram a ficar “ruins” quando tinha uns 40 anos. Nunca tinha tido cárie ou dor de dente (Narrativa da *Nux vomica*).

Não podemos ignorar que as necessidades de saúde bucal dos(as) idosos(as) muitas vezes independem da presença dos dentes naturais. Por exemplo, o câncer bucal é uma patologia que pode se manifestar como lesões da mucosa bucal, e é atribuição da AB o estímulo e a orientação quanto ao autoexame bucal, a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce da doença (SHINKAY; DEL BEL CURY, 2000; RIBEIRO et al., 2009). Além disso, as próteses, uma vez instaladas, requerem cuidados regulares para avaliação da necessidade de reparos e manutenção, bem como avaliação dos tecidos moles para prevenção de doenças como candidíase ou mesmo lesões pré-cancerígenas – cuidados estes possíveis de serem realizados nas UBSs.

Sempre que baseamos as demandas na percepção dos(as) usuários(as), valorizamos o contexto, reduzimos o risco do tratamento e melhoramos a relação entre custos e benefícios das intervenções. Isto porque a avaliação de necessidades de saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de saúde e de doença são determinados pelos valores socioculturais de cada um (DALAZEN; BONFIN; DE-CARLI, 2018; NASCIMENTO; ANDRADE; CÉSAR, 2016). Já a determinação das necessidades de saúde feita apenas do ponto de vista normativo, numa avaliação pelo(a) dentista, por exemplo, ignora aspectos sócio comportamentais importantes e pode haver superdimensionamento das demandas (REIS; MARCELO, 2006; SILVA; FERNANDES, 2001). Percebemos por meio das exposições dos(as) narradores(as) que, muitas vezes eles(as) estão satisfeitos(as) com a sua condição bucal, mas é inerente à prática profissional odontológica querer prescrever algum tratamento:

Diz estar bem satisfeita com sua boca, porque não tem cárie (Narrativa da *Natrum muriaticum*).

Quanto à saúde bucal, diz não se incomodar com a estética, mas quando sente dor, acha que é hora de mexer, seja por higiene, seja por saúde. Ninguém quer ir ao dentista, mas somos obrigados. Não se incomoda por não ter muitos dentes, porque mastiga tudo que quer. Só incomoda um pouco os dentes anteriores terem se desgastado, estarem muito pequenos (Narrativa do *Capsicum*).

Acha que tem boa saúde bucal, já fez tratamento periodontal e próteses parciais removíveis no CEO, “tinha aquela perda óssea” (Narrativa da *Lachesis*).

Durante sua primeira gestação, percebeu que os dentes estavam ruins. “Não dava risada, nada. A boca tava toda estourada.” Foi quando o patrão a levou ao consultório dentário que havia na fábrica em que ele trabalhava, e todos os dentes superiores foram extraídos de uma vez (Narrativa da *Staphysagria*).

Acha que as próteses ficaram muito boas, porque duraram todo esse tempo e ela já derrubou, quebraram, ela colou, e continua usando. Só jogou fora a inferior, que não parou mais na boca. O que mais incomoda é a fala, que é “fanhosa” e a sensação de que está com a boca vazia. De qualquer maneira, acredita que agora tem mais saúde bucal que antes, porque a boca está limpa, e escova bem a prótese todos os dias (Narrativa da *Sepia*).

Assim sendo, porque não levarmos mais em consideração o desejo do(a) paciente, se existe um alto grau de concordância entre o que ele(a) relata como demanda e o que o(a) profissional ao examinar vê como necessidade de tratamento? (NASCIMENTO; ANDRADE; CÉSAR, 2016). Isto fica bem evidente nos relatos que *Nux vomica*, *Ignatia* e *Capsicum*, respectivamente a seguir, fizeram de tratamentos dentários realizados ao longo dos anos, em que parece não ter havido conformidade entre o que esperavam e o que foi realizado. Parece que, mais uma vez, faltou uma escuta mais atenta por parte do profissional:

Uma vez precisou fazer tratamento de canal em dois dentes para salvá-los, e não quis. Quando foi ao dentista, ele extraiu uns 4 dentes e ela não soube nem porquê (Narrativa de *Nux vômica*).

Falou pro dentista que tem o palato profundo, essa prótese ficou curta e pega a língua. Foi tantas vezes lá queixar-se que acabou ficando com vergonha e não foi mais (Narrativa de *Ignatia*).

Por muitos anos, pagou para cuidar dos dentes, fez tratamentos de canal e próteses fixas com pinos, mas de um tempo para cá tem preferido extrair quando sente dor. A prótese removível que tinha feito há pouco já não serve mais, e cada vez mais ele está se conformando com a ideia de usar dentaduras (Narrativa de *Capsicum*).

A produção do cuidado na clínica de Saúde Bucal pode ser mais acolhedora e inclusiva, com diálogo e negociação para contemplar as necessidades de tratamento identificadas pelo(a) profissional e as demandas específicas do(a) usuário(a) (BARROS; BOTAZZO, 2011; PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Por meio da escuta das necessidades trazidas, da interação com os(as) ACSs e com o restante da equipe, poderíamos conhecer as demandas da nossa área e baseados no perfil do(a) usuário(a) que nos procura e quais os problemas de saúde eles(as) mais apresentam. Assim, seríamos capazes de ampliar a clínica e nos preparar para estas demandas. Sabemos que existe um interesse dos(as) usuários(as) do serviço por tratamentos superespecializados, como implantes ósseo-integrados, mas será que há possibilidade de atendê-los? Ou, como resolver o recente aumento na demanda para alívio para sinais e sintomas de disfunção temporomandibular²⁵?

²⁵ Distúrbio que envolve os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas faciais associadas. Os sintomas mais frequentemente relatados são: dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e na orelha, além de manifestações otológicas como zumbido e vertigem. Quanto aos sinais,

No curso de cuidadora que fez, aprendeu noções de cuidados bucais. Percebe nos idosos/as que cuida que muitos deles têm problemas bucais. “Quando uso a escova de dentes neles, sangra muito!” (Narrativa da *Lachesis*)

Mello, Erdmann e Caetano (2008) e Martins et al. (2020) foram autores que investigaram a baixa utilização dos serviços odontológicos pelos(as) idosos(as), mesmo sendo precárias suas condições de saúde bucal e extensas as necessidades acumuladas. Perceberam que a falta de percepção da necessidade de tratamento é o principal motivo que explica a baixa procura, pela ausência dos dentes ou por não sentir dor, ou ainda porque não ter entendimento de prevenção nessa área, de que é possível atuar antes de a doença aparecer ou bem no início da patologia.

Há uma histórica dificuldade de acesso à esses serviços, como poucas vagas para atendimento odontológico (só os[as] usuários[as] mais persistentes conseguem atendimento); o tempo de espera por uma consulta é grande; o serviço mais próximo ainda é geograficamente distante e há dependência no transporte até a unidade; são inúmeras as consultas até concluir o tratamento; entre outros (HAIKAL et al., 2011; RAMOS; LIMA, 2003; SANTOS; ASSIS, 2006; VARGAS; PAIXÃO, 2005). Como indicaram Almeida e Souza (2006), fatores que podem também ser o motivo da relutância em procurar de atendimento são: dificuldades físicas afetando a locomoção, acesso ou utilização da cadeira odontológica; o nível socioeconômico cultural; as expectativas da família e da comunidade em que vive; o financiamento do tratamento e; o nível cognitivo do paciente.

Mora no bairro há 28 anos e utiliza raramente os serviços da UBS: há 3 anos veio ao clínico geral porque a mulher insistiu muito. Dentista, só recentemente (Narrativa do *Capsicum*).

A prevenção odontológica na AB para os idosos(as) habitualmente se restringe à orientação de higienização de dentes e próteses, em palestras de transmissão vertical das informações, centralizadas no(a) dentista. O conceito é de que a doença é causada pela falta de cuidado e pelo desleixo do(a) usuário(a) e que essa transmissão das informações será suficiente para resolver o problema, mas acaba por reforçar o autoritarismo da prática de caráter prescritivo e de baixa resolubilidade (LEME et al., 2019; NUNES NETO, 2016). Há carência de ações preventivas em Saúde Bucal numa abordagem integral para idosos(as) na UBS palco dessa pesquisa, pois o que temos institucionalizado é uma campanha anual de prevenção ao

encontram-se a sensibilidade muscular e da ATM à palpação, limitação e/ou incoordenação de movimentos mandibulares e ruídos articulares.

Câncer Bucal, que em geral ocorre concomitantemente com o período da campanha de vacinação contra a gripe.

Ribeiro et al. (2009) foram alguns dos autores que versaram sobre o enorme potencial do encontro que acontece na AB, porta de entrada do Sistema, para nos atentarmos a outras demandas com a detecção e o manejo de hipertensão e diabetes, por exemplo, sabidamente condições crônicas que aumentam a ocorrência e gravidade de problemas bucais como xerostomia e doença periodontal. Também não se observa uma preocupação da equipe em referenciar estes(as) pacientes para o cuidado odontológico (BULGARELLI et al., 2012). Vemos um sub-aproveitamento da equipe auxiliar em Saúde Bucal, TSB e ASB, e imaginamos que, ao se agregar um maior número de profissionais, os resultados positivos se multiplicariam (PEZZATO, 2001). A qualificação e treinamento de cuidadores formais ou informais e de agentes de saúde em atenção à saúde bucal do(a) idoso(a), bem como a incorporação de novas tecnologias de cuidado para atendimento domiciliar para beneficiar a parcela da população idosa com necessidades especiais, são outras possibilidades de ampliação que podemos sugerir.

O modelo curativo e restaurador e a ênfase dada ao protésismo vigentes reduzem toda potencialidade que a boca poderia exercer (DOCKHORN, 2007). Podemos pensar na Bucalidade como conceito chave para ampliar a clínica, e pensar em outros modos de fazê-la, superando pouco a pouco os estreitos limites dento-gengivais. Em nossa pesquisa observamos, mesmo em se tratando de uma pequena amostra de participantes, a heterogeneidade entre os(as) idosos(as): há os(as) que procuram manter-se ativos(as) e permanecem dispostos(as) a realizar sonhos e satisfazer seus desejos; alguns(mas) melancólicos(as); os(as) aposentados(as) *versus* os(as) que ainda trabalham; há solteiros(as), viúvos(as) e casados(as); mais ou menos independentes e autônomos(as); e outros, resignados(as). Heterogeneidade proveniente das diferentes experiências e vivências acumuladas ao longo da vida.

Envelhecer é um privilégio para aqueles(as) que alcançam essa etapa da vida, um reflexo de prosperidade, e os(as) narradores(as) manifestaram o envelhecimento como uma conquista, ou com uma dose nostalgia.

Dou graças a Deus de ter ficado velha, tem gente que não fica, morre logo. Não é a velhice que a incomoda, mas a injustiça! (Narrativa da *Nux vomica*)

Essa minha geração tá acabando, não tem como fazer nada (Narrativa do *Capsicum*).

Considera-se saudosista só porque era um tempo muito bom (Narrativa do *Lycopodium*).

E no Ano Novo festejavam, juntavam a família inteira na casa da avó, era uma bagunça. São coisas que hoje em dia não vemos mais (Narrativa da *Silicea*).

As lembranças relembradas foram carregadas de afeto especialmente quanto à infância, um tempo em que, apesar das dificuldades, a vida era mais leve e havia muito menos preocupação e responsabilidade:

Mesmo tendo sido muito difícil, se fosse pra voltar, voltava pro meu passado (Narrativa da *Natrum*).

Se eu puxar pela memória, vêm essas boas lembranças, porque parece que fica adormecido, que não serve mais, é banal (Narrativa da *Silicea*).

A disseminação de uma prática odontológica mais humanizada, distanciada de traumas, ameaças, dores, medos e frustrações, beneficia tanto os(as) idosos(as) de hoje, como os(as) do futuro, ao propiciar uma identificação positiva com o(a) profissional e com sua atividade, manifestando o caráter de promoção de saúde inerente à profissão, quase sempre escondido na rigidez da prática (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008). O serviço público odontológico não precisa ser somente uma porta aberta para se fazer extrações, ao devolver o sorriso às pessoas, resgatamos também sua autoestima, melhoramos sua qualidade de vida para poderem mastigar, ou encontrar um emprego, e sorrir livremente (sem ter que colocar a mão na frente da boca para esconder um sorriso desdentado) (MANFREDINI, 1997).

Diante de todo o exposto, finalizamos com a retomada das palavras de Santos e Assis (2006, p. 60):

(...) é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque, quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, repercute na boca, no corpo, na alma, na vida. Junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam, o sofrimento é então compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O céu vem abaixando. Narrei ao senhor. No que narrei,
o senhor até ache mais do que eu, a minha verdade.
Fim que foi. Aqui a estória se acabou. Aqui, a estória
acabada. Aqui a estória acaba.*

Grande Sertão: Veredas, João Guimarães Rosa

Esta investigação se propôs a conhecer a percepção de saúde bucal dos(as) idosos(as) que frequentam uma UBS no município de Santos/SP por meio da análise e da discussão de narrativas construídas a partir de entrevistas semi estruturadas e diários de pesquisa, que foram constituídas a partir do trabalho de campo da pesquisa. Buscamos, a partir desta percepção, identificar as necessidades e demandas de saúde bucal destes sujeitos, problematizando a atenção odontológica para os(as) idosos(as) na ABS. Dessa maneira, pretendíamos ampliar o debate sobre a integralidade do cuidado em saúde bucal da pessoa idosa apoiado no conceito de Bucalidade no município estudado.

A pesquisa aumentou consideravelmente nossa compreensão sobre esses assuntos inicialmente levantados. Contudo, e como parte de qualquer investigação, foram elencados outros questionamentos: o modelo de prática em Saúde Bucal; a fragmentação do cuidado e a falta de integração entre os profissionais na AB.

O modelo de prática em Saúde Bucal, até este momento, leva a uma acentuada exclusão dos(as) usuários(as), bem à manutenção de uma prática de mutilação dentária. Entendemos ser uma realidade passível de mudança, para tanto, faz-se necessário pensar em práticas que suscitem uma desnaturalização da perda dentária com o passar da idade, tanto na sociedade como na Odontologia enquanto corporação e fonte de produção de saberes e práticas. O que as análises feitas nos mostraram é a potência da ampliação da clínica de saúde bucal do(a) idoso(a), com a introdução de tecnologias leves para transformar a dureza do dia-a-dia odontológico – porque a saúde bucal não se faz somente com a caneta de alta rotação e o(a) usuário(a) não é só dentes e gengiva.

O conceito de Bucalidade, sendo apropriado internamente pelas equipes de saúde poderia ser adotado no conteúdo das práticas, considerando as múltiplas possibilidades deste território corporal, levando em conta a mastigação, linguagem e erótica. Outra constatação possível foi perceber os limites dos tratamentos odontológicos ofertados na ABS para a real necessidade dos(as) idosos(as), pois o modelo continua “cárie centrado”.

A fragmentação do cuidado e a falta de integração entre os profissionais, ainda presente na AB, pode ser ilustrada pela distância existente entre a ESB do restante da equipe nas UBS. Percebemos também que a atenção e assistência à saúde bucal do(a) idoso(a) se trata de uma questão ainda restrita ao plano individual, ou de âmbito familiar e de responsabilidade pessoal e permanece fora das esferas de ação públicas, carecendo de uma maior visibilidade nesse sentido.

Pode ser que só tenhamos obtido pistas da percepção de saúde bucal destas pessoas, o que é um primeiro passo, pois este é um campo amplo para investigação. Assim, consideramos que os objetivos propostos inicialmente para a pesquisa foram atingidos. Ressaltamos, ainda, a importância de conhecer a percepção de saúde bucal dos(as) idosos(as), tendo em vista que ela influencia a procura por cuidados bucais e a qualidade de vida de maneira ampla dos(as) usuários(as) do serviço.

O que verdadeiramente nos acalma é ver o sorriso no rosto desses narradores e narradoras que puderam dividir um pouco das suas histórias, encontrá-los no corredor da Unidade e podermos conversar, ou até mesmo receber uma ligação dizendo que está com saudades. Pudemos perceber também o vínculo construído com os movimentos realizados por esta pesquisa, aproximando a dentista destas pessoas, e ver que a Odontologia pode ser mais que fazer extrações e restaurações, ou ficar numa “salinha do fundo do corredor” sem contato com a vida que corre e acontece pela Unidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. L.; SOUZA, E. C. F. Envelhecimento e Saúde Bucal: Alguns aspectos da Bucalidade nas transformações do corpo do idoso. In: DIAS, A. A. et al.(Org.). **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, p. 315-331, 2006.

ALMEIDA, J. R. S. et al. Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 3, p. 817-826, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000300027

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 219-227, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100031

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 10, n. 19, p. 203-16, 2006. DOI: 10.1590/S1414-32832006000100014

ARAÚJO, I. D. T. et al. Odontologia e abordagem interdisciplinar na atenção integral ao idoso. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, vol. 23, n. 1, p. 81-92, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a08_odontologia_abordagem_interdisciplinar.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica. narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 11, p. 4337-4348, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200006

BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, H.; LEVENTHAL, E. A. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine*, vol. 59, n. 5, p. 1109-1116, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.12.021.

BERTOTTI, M. E. Z. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, vol. 60, n. 2, p. 54-60, 2015. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/150>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BORTOLI, F. R. et al. Percepção da Saúde Bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. **Saúde e Sociedade**, vol. 26, n. 2, p. 533-544, 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017162160

BOSI, E. **Memória e Sociedade**. Lembranças de velhos. 4 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 7-17; 39-43, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100002

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

BOTAZZO, C. Bucalidade. **PRO-Odonto Prevenção**, vol. 6, n. 4, p. 9-55, 2013b.

BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. **Revista da ABENO**, vol. 17, n. 4, p. 2-19, 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/522>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de Saúde Bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, 4 mar. de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Autor, 2004a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Resultados Principais**. Brasília: Autor, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Autor, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRUM, E. Entrevista ao Programa Sempre um Papo, em 14/12/2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SeeojASScDo>. Acesso em: 8 mar 2019.

BULGARELLI, A. F. et al. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 8, p. 2053-2062, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000500028

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOSTRINI, E. P.; FERREIRA, E. F.; ROCHA, F. L. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. **Arquivos em Odontologia**, vol. 43, n. 2, p. 48-56. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3439>. Acesso em: 28 dez. 2020.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00101417

CRUZ, J. S. et al. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, vol. 11, n. 4, p. 307-313, 1997. DOI: 10.1590/S0103-06631997000400013

CUNHA, M. I. Conta-me Agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade de Educação**, vol. 23, n. 1-2, p. 85-195, 1997. DOI: 10.1590/S0102-25551997000100010

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DALAZEN, C. E.; BONFIM, R. A.; DE-CARLI, A. D. Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n. 3, p. 945-952, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.09682016

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação acadêmica para o SUS X Competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. **Revista Salusvita**, vol. 35, n. 3, p. 453-474, 2016. Disponível em: https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v35_n3_2016_art_11.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

D'AQUINO, N. **No bico do corvo** - nove narrativas de velhos: corpo e voz. Dissertação (mestrado em sociologia) – Universidade Federal do Paraná, 2004. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/2299>. Acesso em: 28 dez. 2020.

DOCKHORN, D. M. C. **A revolução dos mutilados: a história dos idosos que se propuseram a aprender para ensinar crianças sobre saúde bucal**. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2765>. Acesso em: 28 dez. 2020.

EUGENIO, B.; TRINDADE, L, B. A entrevista narrativa e suas contribuições para a pesquisa em educação. **Pedagogia em Foco**, vol. 12, n. 7, p. 117-132, 2017. Disponível em: <https://revista.facfama.edu.br/index.php/PedF/article/view/260>. Acesso em: 28 dez. 2020.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 15, n. 37, p. 473-483, 2011. DOI: 10.1590/S1414-32832011005000005

FONSÊCA, G. S. et al. A clínica do corpo sem boca. **Saúde e Sociedade**, vol. 25, n. 4, p. 1039-1049, 2016. DOI: 10.1590/s0104-12902016163946

FONSÊCA, G. S. et al. Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista. **Revista da ABENO**, vol. 17, n. 4, p. 160-170, 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/517>. Acesso em: 28 dez. 2020.

FONSÊCA, G. S. et al. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, vol. 27, n. 4, p. 1174-1185, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018180117

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i2.1120

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em debate**, vol. 33, n. 81, p. 64-71, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772008.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

GELLACIC, A. S. et al. Factors associated with deterioration of self-rated chewing ability among adults aged 60 years and older over a 6-year period. **Geriatrics & Gerontology International**, vol. 16, n. 1, p. 46-54, 2015. DOI: 10.1111/ggi.12435

HAIKAL, D. S. A. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800031

HAYACIBARA, M. F. et al. Experiência de clínica ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 36, supl. 2, p. 178-183, 2012. DOI: 10.1590/S0100-55022012000300026

HEBLING, E.; RODRIGUES, C. K. O estatuto do idoso e a saúde bucal. **Revista Odontológica do Brasil Central**, vol. 15, n. 39, 2010. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/85>. Acesso em: 28 dez. 2020.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, M. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, p. 1051-1056, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000400026

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **2010 BRASIL**. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <http://cod.ibge.gov.br/6N3>.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 27, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018004300016

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 97-103, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100017

LEME, P. A. T. et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 1, p. 1-19, 2019. DOI: 10.1590/s0103-73312019290111

LEWANDOWSKI, A. **Saúde bucal de idosos longevos**. 107 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2728>. Acesso em: 28 dez. 2020.

MANFREDINI, M. A. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). **Contra a maré à beira mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo. Hucitec;, 1997, p. 78-87.

MANFREDINI, M. A.; BOTAZZO, C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 169-177, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100025

MARTINS, A. A. **Ampliação da clínica de Saúde Bucal em um Centro de Saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal**. 79p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, área de concentração: Política, Gestão e Planejamento) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/330386>. Acesso em: 28 dez. 2020.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, vol. 44, n. 5, p. 912-22, 2010. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000028

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 6, p. 2113-2126, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.19272018

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, vol. 17, n. 4, p. 696-704, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400010

MELO, G. L.; DOMINGUES, A. R. **Conversas e memórias: narrativas do envelhecer**. São Paulo: Editora Via Lettera, 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, vol. 27, n. 65, 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emers_on_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 621-626, 2012a. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007

MINAYO, M. C. S. et al (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 28ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. 14a. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140

MOIMAZ, S. A. S. et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 12, n. 3, p. 361-375, 2009. DOI: 10.1590/1809-9823.2009.00005

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000600013

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601

MUYLAERT, C. J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 48, n. esp. 2, p. 193-199, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800027

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Ed Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, vol. 40, n. esp., p. 141-147, 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000400019

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039/948>. Acesso em: 28 dez. 2020.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 1, p. 175-187, 2020. DOI: 10.18569/tempus.v14i1.2622

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Orgs). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde/OMS, 2003, cap. 6, p. 119-140.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil**. Muito além do céu da boca. Coleção Temas em Saúde. 148p. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2008.

NASCIMENTO, A. R.; ANDRADE, F. B.; CÉSAR, C. C. Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 32, n. 10, p. 1-14, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00039115

NEVES, M. I. R. et al. Atendimento odontológico ao paciente geriátrico. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, vol. 3, n. 2, p. 9-12, 2002. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16424/491465/Revista_HU_Volume_3_2_MAIO_AG_O_2002.pdf/5b40193e-99fe-409d-b772-2608e2199b06. Acesso em: 28 dez. 2020.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, n. 2, p. 241-246, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200002

NUNES NETO, R. A. **Saúde bucal e o cuidado da gestante: oficina como estratégia de problematização de práticas na atenção básica nos morros de Santos**. 104p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/46542>. Acesso em: 28 dez. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 34, n. 1, p. 9-15, 2000. DOI: 10.1590/S0080-62342000000100002

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, vol. 38, n. spe, p. 252-264, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S019

PEZZATO, L. M. **O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário: uma história silenciada.** 187p. Dissertação (Mestrado em educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/251052/1/Pezzato_LucianeMaria_M.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

PEZZATO, L. M. **Encontros, Instituições E Sujeitos Em Análise: a Alta Pactuada em Saúde Bucal.** 241p. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_30c5bdac77b84d58ea7cd0dc671b5567. Acesso em: 31 dez. 2020.

PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C.; L'ABBATE, S. O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. **Saúde e Sociedade**, vol. 28, n. 3, p. 296-308, 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019180070

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011. DOI: 10.1590/S0103-73312011000400008.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 7, p. 2095-2104, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700025

PIMENTA, A. C. M.; L'ABBATE, S.; PEZZATO, L. M. Histórias patográficas de mutilados dentais de um serviço de prótese do Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Médicas**, vol. 26, n. 2, p. 49-59, 2017. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3918>. Acesso em: 28 dez. 2020.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, vol. 24, n. 1, p. 273-284, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100021

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000100004

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, n.1, p. 191-199, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100028

RIBEIRO, D. G. et al. A saúde bucal na terceira idade. **Revista Salusvita**, vol. 28, n. 1, p. 101-111, 2009. Disponível em: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n1_2009_art_09.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

RIGO, L. et al. Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 12, p. 3681-3688, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.18432014

ROSA, A. G. F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, vol. 26, n. 3, p. 155-160, 1992. DOI: 10.1590/S0034-89101992000300005

ROSENDO, R. A. et al. Saúde bucal e impacto na qualidade de vida em idosos. **RSC online**, vol. 6, n. 1, p. 89-102, 2017.

SALIBA, C. A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, vol. 53, n. 4, p. 279-82, 1999.

SANCHEZ, H. F. et al. A Integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 13, n. 1, p. 201-214, 2015. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00020

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 53-61, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100012

SHINKAY, R. S.; DEL BEL CURY, A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000400028

SILVA, A. R. M. A filosofia e o discurso sobre a Beleza. **Portal da Educação**, 2014. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/a-filosofia-e-o-discurso-sobre-a-beleza/57520>. Acessado em: 28 dez. 2020.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, vol. 35, n. 4, 349-355, 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102001000400003.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 10, n. 3, p. 423-432, 2002. DOI: 10.1590/S0104-11692002000300017

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n. 4, p. 1251-1259, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000400028

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 3, p. 841-850, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000300027

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 15, n. 1, p. 49-62, 2012. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000100005

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP/CE**, vol. 7, n. 2, p. 28-39, 2013. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/82>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SOARES, C. L. M. **A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil**. Tese (doutorado em saúde pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17439/1/Tese%20Catharina%20Matos.%202014.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SOUSA, M. G. S.; CABRAL, C. L. O. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Revista Horizontes**, vol. 33, n. 2, p. 149-158, 2015. DOI: 10.24933/horizontes.v33i2.149

SOUZA, C. R. A.; CARRETEIRO, T. C. O. C. Narrativas de Vida e o seu uso pela Psicossociologia. **Clínica & Cultura**, vol. 5, n. 1, p. 23-36, 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/4665>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SOUZA, J. G. S. et al. Insatisfação com os serviços odontológicos entre idosos brasileiros dentados e edentados: análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, n. 1, p. 147-158, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018241.12202017.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400024

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2011.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

ANEXO A - Aprovação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e projetos de Extensão da Secretaria Municipal de Saúde de Santos



**SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS**

Santos, 25 de Março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que a pesquisadora **Profª Drª Luciane Maria Pezzato**, responsável pela aluna **Cristiane Galvão Ribeiro** realize a pesquisa intitulada “**Narrativas de idosos de uma unidade de saúde do município de Santos: autopercepção de saúde bucal**”, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

**Christiane Alves Abdala
REG. 21603-6
Presidente da CAAPP-SMS**

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTOS: AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Pesquisador: CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12148919.4.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.407.980

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0424/2019 (PARECER FINAL)

Trata-se de projeto de mestrado de CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO. Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato; Projeto vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1330727.pdf, gerado em 17/4/2019)

APRESENTAÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos. No Brasil, esse já é o grupo populacional que mais cresce: nos próximos 75 anos, enquanto a população total provavelmente vai aumentar em cinco vezes, o número de idosos deve aumentar em 15 vezes. Em relação à saúde bucal, é um grupo que não recebeu atendimento odontológico satisfatório ao longo da vida. Isso resultou numa condição bucal deficiente, de sofrimento, com excesso de perdas dentárias e falta de reabilitação. O modelo de tratamento ainda é centrado na doença, sendo que é comum as pessoas esperarem chegar à velhice desdentadas, visto que as necessidades de saúde bucal de idosos/as são pouco conhecidas

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

e consideradas pelos dentistas, bem como pelos demais profissionais de saúde e seu cuidado envolve o trabalho de uma equipe interdisciplinar. Ainda há uma divisão entre saúde geral e saúde bucal, como se fossem independentes, mas já está comprovado que quanto melhores as condições bucais, melhor qualidade de vida experimentada pelo indivíduo. O trabalho odontológico na atenção básica é carente de ações coletivas e preventivas que não sejam voltadas para as crianças e jovens em idade escolar, e de integração com o restante da equipe de saúde da unidade. O objetivo deste estudo é conhecer a autopercepção da saúde bucal de idosos/as que frequentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Santos/SP. Para isso, optamos por realizar uma pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e narrativo. A produção dos dados se dará através da produção de um diário de campo, de entrevistas semiestruturadas com idosos/as, indicados/as pelos/as agentes comunitários de saúde da Unidade, que serão gravadas e transcritas para a construção de Narrativas. Acreditamos no aproveitamento dos resultados deste estudo para problematizar a atenção odontológica, trazendo reflexões do lugar interdisciplinar que ela pode ocupar e levar esta discussão para outros serviços do município na busca da integralidade da atenção voltada aos idosos/as.

-HIPÓTESE: Percebe-se que os serviços odontológicos na Atenção Básica não atendem às reais necessidades bucais da pessoa idosa e por isso, há uma demanda que precisa ser ouvida, pois essa sua percepção de saúde pode nos brindar com fatores diversos daqueles que já conhecemos. É necessário buscar uma outra posição para o cuidado em saúde bucal que priorize a produção de subjetividade através da escuta do usuário realizada em encontros na clínica que conferissem sentido à intervenção restauradora e/ou cirúrgica. A Unidade Básica de Saúde, como primeiro contato dos indivíduos com o Sistema Único de Saúde, é um local com enorme potencial para estes encontros. O vínculo entre o profissional e o paciente deve ser construído a cada encontro, resultado do diálogo franco, da assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do usuário e da resolução das suas queixas e necessidades (BARROS et al. 2011).

Objetivo da Pesquisa:

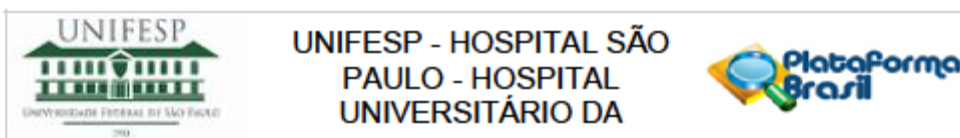
-OBJETIVO PRIMÁRIO: Conhecer a autopercepção da saúde bucal dos/as idosos/as que frequentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Santos/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: OS RISCOS QUE POSSAM SURTIR DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA SÃO MÍNIMOS, POIS TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO SIGILOSAS E NENHUM NOME SERÁ

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

OS ENCONTROS SERÃO EM AMBIENTE SILENCIOSO E TRANQUILO. QUANTO AVALIAÇÃO BUCAL, OS RISCOS DE DESCONFORTO TAMBÉM SERÃO MINIMIZADOS, RESSALTANDO QUE NÃO SERÁ EFETUADO NENHUM PROCEDIMENTO RESTAURADOR OU REABILITADOR NESTE MOMENTO.

-BENEFÍCIOS: Entre os benefícios, estão o aumento do vínculo entre a equipe de saúde bucal e idosos/as, a troca de conhecimento entre pesquisador e pesquisado, e o aprofundamento de questões ligadas ao envelhecimento e saúde bucal.

-A seleção dos participantes se fará através de uma busca ativa com apoio dos 07 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade. Após as indicações, vamos marcar uma reunião com os/as ACS para analisarmos juntos e montar uma lista contendo 02 (dois) idosos/as de cada microárea, de acordo com as prioridades dessas pessoas, totalizando 14 idosos/as.

-O trabalho de campo se constituirá de 6 etapas:

-1a. etapa: definição dos participantes: Os sujeitos da pesquisa serão idosos/as, moradores do território do entorno da referida UBS, onde temos micro áreas com diferentes características e contextos de vulnerabilidades. Inicialmente buscou-se o apoio dos/as 07 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade para uma aproximação com a realidade da população que vive neste território e também, pactuar a seleção dos/as idosos/as. A proposta é convidar idosos/as das diferentes micro áreas. Serão selecionados os/as idosos/as que buscaram tratamento no serviço de saúde bucal da UBS a partir do ano de 2019, podendo incluir outros/as que os/as ACS identificarem possuir alguma demanda de saúde bucal, mas que não tenha sido explicitada pelo/a idoso/a. Faremos esta pactuação numa reunião dos/as ACS, agendada previamente, para dirimir possíveis dúvidas que eles/as possam ter. Após a definição dos/as participantes, vamos marcar uma reunião com os/as ACS para analisarmos caso a caso e juntos organizar a escala das visitas que será a próxima etapa. A proposta é selecionar 02 (dois) idosos/as de cada micro área, totalizando 14 idosos/as.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Será uma pesquisa qualitativa, de tipo descritivo e narrativo,

LOCAL: Unidade Básica de Saúde "Aparecida", em Santos (SP).

PARTICIPANTES: 14 serão convidados 14 idosos/as (pessoas com idade igual ou maior que 60 anos) de ambos os sexos, moradores da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde "Aparecida".

-Critério de Inclusão: Adultos/as com sessenta (60) anos ou mais, que não estejam incapacitados

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

psicologicamente, concordem participar da pesquisa, aceitem responder à entrevista e a submeterem-se a um exame clínico bucal, para a construção de uma narrativa, morem na área de abrangência da UBS e concordem em assinar o TCLE.

-Critério de Exclusão: Idosos/as que não concordarem em assinar o TCLE, tenham menos de 60 anos, estejam incapacitados psicologicamente ou não morem na área de abrangência da UBS.

PROCEDIMENTOS:

-A seleção dos participantes se fará através de uma busca ativa com apoio dos 07 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade. Após as indicações, vamos marcar uma reunião com os/as ACS para analisarmos juntos e montar uma lista contendo 02 (dois) idosos/as de cada microárea, de acordo com as prioridades dessas pessoas, totalizando 14 idosos/as.

-O trabalho de campo se constituirá de 6 etapas:

-1a. etapa: definição dos participantes: Os sujeitos da pesquisa serão idosos/as, moradores do território do entorno da referida UBS, onde temos micro áreas com diferentes características e contextos de vulnerabilidades. Inicialmente buscou-se o apoio dos/as 07 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade para uma aproximação com a realidade da população que vive neste território e também, pactuar a seleção dos/as idosos/as. A proposta é convidar idosos/as das diferentes micro áreas. Serão selecionados os/as idosos/as que buscaram tratamento no serviço de saúde bucal da UBS a partir do ano de 2019, podendo incluir outros/as que os/as ACS identificarem possuir alguma demanda de saúde bucal, mas que não tenha sido explicitada pelo/a idoso/a. Faremos esta pactuação numa reunião dos/as ACS, agendada previamente, para dirimir possíveis dúvidas que eles/as possam ter. Após a definição dos/as participantes, vamos marcar uma reunião com os/as ACS para analisarmos caso a caso e juntos organizar a escala das visitas que será a próxima etapa. A proposta é selecionar 02 (dois) idosos/as de cada micro área, totalizando 14 idosos/as.

-2a. etapa: convite para participar: Visita à casa das pessoas selecionadas conjuntamente com as ACSs, para explicar a pesquisa e fazer o convite, explicando todas as etapas e ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura (Apêndice 1), caso concordem participar da pesquisa. A possibilidade de visitar suas casas pode trazer mais riqueza de detalhes por ser possível observar suas condições de vida e aproximar da dinâmica familiar.

-3a. Etapa: entrevista semiestruturada (Apêndice 2): Realizada numa conversa em sala de consulta médica da Unidade, isto é, fora da cadeira e do ambiente odontológico, buscando estabelecer uma outra relação entre "dentista e paciente".

-4a. etapa: convite para um exame clínico bucal: Esta etapa se dará no ambiente odontológico em

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

que faremos um levantamento da história clínica que será registrada no prontuário sem o uso de odontograma. Nesta etapa, teremos uma continuação da entrevista, articulando os achados clínicos com as histórias/experiências trazidas na entrevista, que será gravada. Opcionalmente, durante o exame físico, o usuário poderá acompanhar o exame por meio de um espelho de 13x17cm, podendo observar e discutir sobre sua condição bucal.

-5a. etapa: construção das Narrativas: As Narrativas serão construídas a partir do conjunto de dados produzidos pelas etapas anteriores e as anotações que a pesquisadora terá registrado em um diário de campo, que será produzido durante todas as etapas do trabalho de campo.

- 6a. etapa: entrega da Narrativa: Apresentação das Narrativas construídas aos idosos, em que será oferecida a possibilidade de qualquer alteração a pedido deles.

-As variáveis consideradas serão: a autopercepção da saúde bucal, as experiências bucais: experiências progressas de atendimento odontológico e outras experiências relacionadas com sua bucalidade, a condição bucal atual e a influência desses aspectos na qualidade de vida.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 1; Documento: caapp.pdf)

b)- roteiro da entrevista que será aplicada (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: Entrevista.docx)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

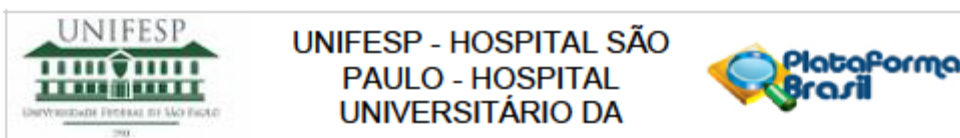
Respostas ao parecer nº 3343930 de 23 de Maio de 2019. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1- Adequar, no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, o campo "Riscos". Informar também, os possíveis riscos da avaliação bucal, por mínimo que sejam.

R: Informação adequada no formulário e no corpo do projeto que foi anexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

PENDÊNCIA 2- Deve ser enviada declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação a quebra de sigilo dos participantes.

R: Declaração anexada em separado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3- Em relação ao TCLE:

3.1 - Conforme informado na metodologia do estudo, pg 12, item -4a. etapa (convite para um exame clínico bucal), haverá um exame físico, clínico bucal: essa informação não foi dada no TCLE. Por favor, adequar.

3.2 - Informar os possíveis riscos da avaliação bucal, por mínimo que sejam;

3.3 - Informar os benefícios relacionados aos procedimentos, por mínimos que sejam, diretos ou indiretos.

3.4 - Informar os procedimentos e direitos do participante em caso de danos (exemplo: "Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. será submetido, lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição. E se ocorrer qualquer dano decorrente da pesquisa, o Sr. terá direito a indenização determinada por lei.").

3.5- Deve constar de maneira clara, que o pesquisador responsável dará acesso aos resultados de exames (exame bucal) ao participante sempre que solicitado e/ou indicado.

3.6 - Ao disponibilizar os dados dos pesquisadores, fornecer também e-mail, para facilitar eventuais contatos.

3.7 - É necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador

3.8 - Todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1).

Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

R: Novo TCLE anexado em separado e também alterado no corpo do projeto.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela

Endereço:	Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro:	VILA CLEMENTINO	CEP:	04.020-050
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1062	Fax:	(11)5539-7162
		E-mail:	cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1330727.pdf	05/08/2019 18:38:07		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recursoCEP.docx	05/08/2019 18:37:19	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termosigiloCEP.jpg	05/08/2019 18:33:48	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOprojetoCEP.docx	05/08/2019 16:06:15	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVOTCLE.docx	05/08/2019 15:58:28	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	17/04/2019 11:44:39	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Outros	Entrevista.docx	10/04/2019 19:49:45	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	caapp.pdf	10/04/2019 19:42:24	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20190401_164904.pdf	10/04/2019 19:40:49	CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Junho de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.407.980

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTOS: PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Responsável pela pesquisa: Cristiane Galvão Ribeiro.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa acima citada. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos e deveres como participante, é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Essa pesquisa pretende conhecer a história de vida de um grupo de idosos/as frequentadores da Unidade de Saúde Aparecida, para acessar os sentidos atribuídos a saúde bucal no envelhecer e compreender o papel da equipe de saúde bucal nessa trajetória.

Caso você decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao (s) seguinte(s) procedimento(s): três encontros individuais com o pesquisador em que você contará sua história de vida, a cada encontro o pesquisador fará a gravação e anotações da sua fala para produção de uma narrativa, terá duração de trinta (30) minutos a uma (1) hora, acontecerão em sua casa, ou na própria Unidade de Saúde, em lugar tranquilo e reservado. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Os riscos que possam surgir decorrentes de sua participação nesta pesquisa são mínimos, pois todas as informações serão sigilosas e nenhum nome será mencionado. A sua participação na pesquisa não está ligada a nenhuma recompensa material ou financeira, portanto não terá nenhum benefício direto, apenas a possibilidade de contribuir para o entendimento da história de vida odontológica ao longo dos anos. Também não haverá nenhuma forma de reembolso, visto que não terá nenhum gasto com sua participação na pesquisa. No entanto, de acordo com o art.IV.3, Item h da Resolução 466/2012, haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa “NARRATIVAS DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTOS: PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Declaro também que

fui informado que os encontros serão anotados e autorizo a escrita. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

Santos, de de 2019.

Nome legível do

Paciente / Responsável

Assinatura do

Paciente / Responsável

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com:

Responsável pela pesquisa: Cristiane Galvão Ribeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato.

Endereço: Rua Silva Jardim, 136 – Térreo - Vila Mathias – Santos - SP.

Telefone p/contato: (13) 3229-0100.

E-mail: cgribeiro9874@gmail.com; lucianepezzato@unifesp.br

ATENÇÃO: Em caso de denúncias e reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. Endereço: Rua: Francisco de Castro, 55. CEP: 04020-050. São Paulo-SP Fone: (11) 5571-1062. FAX: (11) 5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Cor da pele: _____
Estado civil: _____ Ocupação: _____
Endereço: _____
Grau de escolaridade: _____
Quanto tempo mora neste bairro: _____
Quanto tempo é usuário da Unidade: _____
Quais serviços frequenta na Unidade: _____

Questões disparadoras ou norteadoras:

Fale-me como anda sua vida, o que tem feito.

Como o Sr(a) considera sua saúde?

Fale-me um pouco sobre suas experiências de vida relacionada à sua saúde e a sua saúde bucal:

O que significa para o senhor (a) ter uma boa saúde bucal?

Conte-me sobre experiências de tratamentos odontológicos ao longo da sua vida:

APÊNDICE C - Produto técnico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

O QUE TE FAZ SORRIR (MESMO DE MÁSCARA)?

SANTOS

2020

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

O QUE TE FAZ SORRIR (MESMO DE MÁSCARA)?

Produto Técnico apresentado à Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Luciane Maria Pezzato

SANTOS

2020

A elaboração deste Produto Técnico do Mestrado Profissional foi inspirada no Projeto “Boca pra que te quero” do SESC/SP. Em razão do distanciamento social imposto pela pandemia do Novo Coronavírus, nossa proposta é um debate *online* para discutirmos as várias relações sociais da Boca Humana, tomando como referência o conceito de Bucalidade elaborado por Carlos Botazzo (2000).

Nos locais em que a distribuição dos bens produzidos é equânime, em que as oportunidades de vida são igualitárias e democráticas, em que existe paz e se goza a liberdade, em que as relações entre homens e mulheres são amorosas e em que a sociabilidade é fecunda, haverá investimento bucal e realizações bucais – derivadas de desejos bucais – eticamente orientados (BOTAZZO, 2013, p. 25).

Botazzo (2013) considera a boca como conteúdo e manifestante de deposições psíquicas, o que a torna um ambiente único em todo organismo, um verdadeiro território. Suas naturezas seriam:

- a) a Manducação: mais do que a simples mastigação, leva em conta os cinco sentidos. Se imaginarmos uma maçã, por exemplo, madura e bem vermelha, o formato e o aroma que ela tem, como será uma mordida nela, a sua dureza e a textura, o envolvimento dela pela saliva, o seu sabor, o sentimento ou a sensação que ela desperta. Mastigando bastante, de ambos os lados para triturar, transformar em pequenos pedaços, tudo antes de deglutir, e só então ela vai passar a fazer parte de você. Mastigar não é só mastigar, estão envolvidos outros fatores, a presença ou ausência de dentes ou de próteses, a presença ou ausência de saliva, a contração da língua, a vedação pelos lábios;
- b) a Amorosa-erótica: a manifestação direta ou simbólica de instintos básicos do homem como o sensualismo e o prazer; a beleza e a sedução; também a hostilidade e a agressão; e
- c) a Linguagem: a relação com o mundo, a passagem do que sai do interior para fora, um elemento de comunicação por excelência, o convívio social e afetivo, a verbalização do que vem nos pensamentos.

No projeto “Boca, pra que te quero?” o SESC/SP coloca em discussão as diversas funções da boca e sua relação com a saúde, a cultura e a educação, e convidou pesquisadores em saúde bucal para discutir a importância das funções sociais da boca e refletir o autocuidado a partir delas. Também apoiados no conceito de Bucalidade em que dentes, língua, gengiva e lábios abrem espaço para um novo olhar sobre a forma como produzimos e consumimos a linguagem, devoramos vivências e experimentamos o erotismo – porque compreender a complexidade da boca é também entender como cuidar melhor dela.

Entendemos que a Boca é um reflexo do que a pessoa vive/viveu ao longo da vida, entre sofrimento e desejo, é também um território em que se dá o consumo do mundo, do alimento ao desejo saciado, da ira à alegria, do emudecimento à falta de controle do que se fala.

Sabemos que a prática odontológica se estabeleceu historicamente como uma profissão eminentemente técnica, com foco em dentes, dificultando o acesso para os outros profissionais da saúde se apropriarem do seu conteúdo e modo de funcionamento. Nos serviços públicos de saúde, o trabalho da equipe de saúde bucal acaba ficando muito distante do restante da equipe. Podemos justificar estas características pelo processo de formação odontológica que, por ser fragmentado, departamentalizado e centrado na técnica, dificultou o desenvolvimento de competências de comunicação e de cuidado integral. Agregar as questões sociais do território ou daquela realidade que chegam aos serviços de saúde aproximaria as diferentes profissões e desmedicalizaria o cuidado em saúde, e assim nos encontraríamos na intersecção das práticas (DAMIANCE et al., 2016; FONSECA et al., 2018; PIRES; BOTAZZO, 2015).

De acordo com Sanchez et al. (2015), para a Atenção Básica em Saúde, é fundamental desenvolver práticas interprofissionais, uma vez que o mesmo problema pode ser visto sob diferentes olhares que aportam saberes diversos para que as intervenções sejam resolutivas e qualificadas, em detrimento da intervenção compartimentada da Odontologia (RAMOS; LIMA, 2003). A intenção deste produto é colocar a Promoção da Saúde em foco, fazendo um transbordamento da Odontologia, e com outras conexões, discutir a saída do aspecto meramente dentário, aproximando-se dos outros profissionais em uma atividade que todos se sintam aptos a participar e discutir (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000). Bocas e dentes têm significados diversos para as diferentes pessoas, mas uma coisa é certa: está presente em todos os eventos e fatos sociais que cercam a vida de um sujeito (BOTAZZO, 2013).

(...) nas relações, nas situações e nos contextos, bocas e dentes apresentam contornos e significações diferenciados: odontológicos, psicanalíticos, paleo-antropológicos, os do próprio sujeito que experimenta na sua cotidianidade as sensações que esses órgãos lhe proporcionam (...) (BOTAZZO, 2006, p. 14).

Em face do exposto soma-se a recente implantação do uso obrigatório da máscara facial como prevenção à propagação do novo Coronavírus. Essa prática não pode ser encarada como falta de empatia, mas sim como questão de sobrevivência, cuidado consigo e com o próximo. No entanto, com a boca oculta, temos procurado outras formas de interação com as pessoas e é nesse sentido que o debate aqui proposto se dará.

Segundo Botazzo (2019), “A boca é a única estrutura do corpo que está em relação direta com a vida. Essa exposição faz com que ela seja um para-raios psíquico, porque todas as tensões acabam indo para lá... Saúde bucal também é se cuidar, se gostar. Poder comer, beijar, falar...”. Com a proposta de debate, intitulado “O que te faz sorrir (mesmo de máscara)?”, buscaremos levantar as múltiplas possibilidades de produção do cuidado em saúde bucal, focando na integralidade do cuidado relacionado à Odontologia, no contexto de trabalho de cada um dos participantes, refletindo sobre a saúde bucal e suas interfaces com as outras profissões da saúde, por meio das funções sociais da boca.

Para o debate, serão convidados o Prof. Dr. Carlos Botazzo, a equipe da UBS em que a pesquisa de mestrado foi desenvolvida, a equipe de Saúde Bucal do SESC Santos, os alunos da Residência Multiprofissional da Prefeitura Municipal de Santos e os colegas da turma do Mestrado Profissional 2018.

O registro do debate será gravado em forma de vídeo a ser compartilhado com a comunidade numa reunião do Conselho Local de Saúde, e encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da Prefeitura de Santos, para que conheçam os resultados do trabalho que foi feito (e como cumprimento das condições que constam em documento pactuado, em 22 de fevereiro de 2019, com a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e projetos de Extensão da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos – Saúde da Prefeitura).

Podemos iniciar o debate com uma sensibilização/questionamento para pensarmos juntos **quais formas de interação são possíveis sem o sorriso aparente**, com a utilização de máscara. Com os lábios tampados, o foco dos rostos mudou de repente do sorriso para os olhos. Olhar a outra pessoa nos olhos passou a ser o maior gesto de comunicação, e fomos convidados a exercitar nossos gestos e emoções por meio do olhar. Percebemos também que sorrisos não precisam necessariamente ser vistos: eles podem ser ouvidos, e isso ocorre porque a voz é alterada quando a boca muda de forma. **Então, como sorrir com os olhos?**

Até mesmo as pessoas cegas sorriem automaticamente sem nunca terem visto um sorriso. É um gesto espontâneo que melhora o humor, que otimiza os relacionamentos e nos permite transmitir emoções sem a necessidade de palavras. As máscaras impactam, no entanto, grandemente a comunicação das pessoas surdas ou deficientes auditivas. Poucas pessoas dominam a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS), e por conta disso, se valem da leitura labial para se comunicarem. Mesmo para os bilíngues, que falam português e LIBRAS, mas

pode haver dificuldades já que, apesar de a língua de sinais estar associada ao movimento das mãos, as expressões faciais são essenciais para facilitar a comunicação pois é através delas que essas pessoas transmitem as emoções elas agem também como entonação do que está sendo dito. A linguagem destas pessoas está comprometida, e a falta de acessibilidade aumenta a inequidade destes deficientes. **Quais as saídas para este impasse? A tecnologia? Máscaras inclusivas, com visor transparente?**

A expressão “sorriso de Duchenne” é uma homenagem ao seu criador, médico neurologista francês que, em 1862, desenvolveu um conjunto de experiências para analisar o sorriso humano, testando a teoria popular de que o rosto estaria diretamente ligado à alma. Ele pode constatar que, em um sorriso genuíno, alguns músculos específicos da face são ativados, da bochecha e dos cantos da boca que se elevam, as pálpebras apertam-se e aparecem rugas em torno dos olhos. O sorriso que perdemos com a máscara é uma expressão facial simples e primitiva, enraizada em nossa história evolutiva e a maneira mais fácil de aliviar as tensões sociais. Ele tem, na sociedade contemporânea, conotações muito significativas de bem-estar, alegria, segurança, auto satisfação, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação.

Desta maneira, as máscaras não deveriam interferir na natureza contagiosa das emoções, pois imitamos os sentimentos dos outros (lágrimas nos olhos quando vemos alguém chorar, medo ao ver alguém tremer de medo ou feliz ao ver alguém sorrir). **Será que também estamos escondendo nossas emoções com as máscaras?** Muitas pessoas, ainda, sentem necessidade de complementar as expressões faciais com outros sinais de comunicação. Assim como o sorriso, estes gestos complementam a palavra falada, fornecendo contexto visual para o que estiver sendo comunicado. **Quais seriam estes gestos?**

A sociedade atual valoriza muito a aparência, e o rosto é uma parte muito evidenciada do corpo. A imagem que o sujeito tem de si mesmo associa-se a um padrão ideal imposto pelas exigências sociais e há uma preocupação excessiva com a aparência, que impacta positiva ou negativamente a autoestima das pessoas. Existe uma propaganda de um padrão de saúde que envolve dentes limpíssimos, brancos, alinhados e sem falhas. É certo que esse padrão inatingível gera angústias e visitas frequentes (ou regulares, como dizem as embalagens de produtos de higiene bucal) ao dentista. Além de associar saúde bucal com visitas ao dentista (associação duvidosa), muitas vezes os pacientes creem que tais inspeções não são suficientemente regulares, e é frequente uma sensação de culpa relacionada a esse

“comportamento relapso” (TESSER; PEZZATO; LIMA, 2015). Atribuir valor apenas à aparência do sorriso desvaloriza os outros aspectos da saúde bucal. **Será que mesmo tendo todos os dentes, ou tendo aquele sorriso perfeito, todo alinhado, com dentes super brancos, todas as funções da boca são bem desempenhadas? Se é feliz?**

Resultados esperados com a execução do debate “O que te faz sorrir (mesmo de máscara)?”, são uma reflexão, por parte dos participantes e ouvintes do debate, que os leve à promoção da saúde bucal como um todo (não só dente, gengiva, cárie etc); um impacto a longo prazo, não mensurável em índices, mas que melhore a percepção geral de saúde bucal dos participantes – uma articulação com os objetivos propostos na dissertação produzida neste mestrado; e um “bate papo” sobre as experiências vividas no debate.

Foi com muita satisfação que conseguimos realizar a primeira edição do debate *online*, ocorrida em 11 de dezembro de 2020 (convite e fotos anexos, a partir da pág 137). Pudemos contar com a participação do Prof. Dr. Carlos Botazzo, da Prof^a. Dr^a. Luciane Maria Pezzato, além de representantes da equipe de Saúde Bucal do SESC/Santos e da Residência Multiprofissional da Prefeitura Municipal de Santos. Da UBS em que a pesquisa foi desenvolvida, a pesquisadora teve a companhia, no debate, de uma Agente Comunitária de Saúde, duas Técnicas de Enfermagem e uma Enfermeira.

O debate teve duração total de aproximadamente 50 minutos. O Prof. Dr. Carlos Botazzo compartilhou algumas de suas impressões a respeito do projeto “Boca pra que te quero” e discutiu brevemente o conceito de Bucalidade, apresentando-o a todos que ainda não o conheciam. Também discutimos sobre a boca escondida sob as máscaras, e como boca e dentes têm significados diversos para as diferentes pessoas, pensando sobre experiências bucais de maneira mais simplificada e, portanto, menos técnica. Ele descreveu, também, práticas inovadoras de educação em Saúde Bucal desenvolvidas por ele em parceria com outros profissionais: “Dentistas podem falar de outras coisas, que não só de ataque ácido e resina!”.

De forma geral, foi uma vivência enriquecedora em que os demais participantes rapidamente começaram a se manifestar. A intenção é que, em breve, consigamos organizar mais debates, pois ficamos com a impressão de que o tempo disponível foi curto e percebemos que ficaram em aberto assuntos que valeria a pena um maior aprofundamento em próximos encontros.



Uma das funções mais prazerosas da boca é distribuir afeto por aí: beijar, recitar um

verso, se declarar à pessoa querida...

O que te faz sorrir (mesmo de máscara)?

Vamos pensar juntos?

Esperamos você para um debate online

em que contaremos com a participação dos profs drs Carlos Botazzo e Luciane

Pezzato

dia 11/12/2020, às 10h30.

Pela plataforma Webex Meeting,

<https://meetingsamer31.webex.com/meet/pr1263680482>



REFERÊNCIAS

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec. 2000.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 1, p. 7-17; 39-43, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100002

BOTAZZO, C. Bucalidade. **PRO-Odonto Prevenção**, vol. 6, n. 4, p. 9-55, 2013.

BOTAZZO, C. Entrevista realizada por Fernanda Carpegiani, postado em 16/10/2019. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/artigo/13698_A+BOCA+E+A+VIDA+UMA+CONVERSA+COM+CARLOS+BOTAZZO).

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação acadêmica para o SUS X Competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. **Revista Salusvita**, vol. 35, n. 3, p. 453-474, 2016. Disponível em: https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v35_n3_2016_art_11.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

FONSÊCA, G. S. et al. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, vol. 27, n. 4, p. 1174-1185, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018180117

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000100004

SANCHEZ, H. F. et al. A Integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 13, n. 1, p. 201-214, 2015. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00020

SHINKAY, R. S.; DEL BEL CURY, A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000400028

TESSER, C. D.; PEZZATO, L. M.; SILVA, E. N. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. **Saúde e Sociedade**, vol. 24, n. 4, p. 1349-1361, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015136108