

Percepção de saúde bucal de pessoas idosas na atenção básica: uma abordagem narrativa

Perception of oral health of elderly people in primary care: a narrative approach

Cristiane Galvão Ribeiro¹, Luciane Maria Pezzato², Rosilda Mendes³

Artigo Original

RESUMO

O Brasil acompanha as curvas da transição demográfica com aumento significativo da expectativa de vida, relacionado também ao avanço tecnológico no setor da saúde. Porém, o cuidado odontológico historicamente ofertado pelo Sistema Único de Saúde não tem atendido às demandas da população idosa. Este artigo tem como objetivo conhecer a percepção de saúde bucal de pessoas idosas usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, a fim de discutir suas necessidades e demandas de saúde bucal, na perspectiva da ampliação da clínica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem narrativa. As narrativas foram construídas a partir de entrevistas semiestruturadas e de registros no diário de pesquisa, em diálogo com o referencial teórico-metodológico da abordagem narrativa e da bucalidade. Na análise do material foram elaboradas duas categorias: a naturalização da perda dentária e as necessidades e demandas de atenção odontológica para as pessoas idosas no território. Das histórias narradas, emerge um contexto de exclusão, constrangimento, tensão e dor. Pode-se perceber que, mesmo com alguns avanços nas políticas de saúde, ainda faltam respostas na Atenção Básica às crescentes demandas da população que envelhece e apresenta problemas bucais persistentes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Narrativas Pessoais.

ABSTRACT

Brazil follows the curves of the demographic transition with a significant increase in life expectancy, also related to the technological advances in the health sector. However, the dental care historically offered by the Unified Health System has not met the demands of the elderly population. This article aims to understand the perception of oral health of elderly people using a Primary Health Unit, in order to discuss their oral health needs and demands, from the perspective of expanding the clinic. This is qualitative research with a narrative approach. The narratives were constructed from semi-structured interviews and records in the research diary, in dialogue with the theoretical-methodological framework of the narrative approach and buccality. In the analysis of the material, two categories were created: the naturalization of tooth loss and the needs and demands of dental care for older people in the territory. From the stories narrated, a context of exclusion, embarrassment, tension and pain emerges. It can be seen that, even with some advances in health policies, there is still a lack of responses in Primary Care to the growing demands of an aging population with persistent oral problems.

KEYWORDS: Elderly Health. Oral Health. Primary Health Care. Unified Health System. Personal Narratives.

¹ Prefeitura Municipal de Santos, SP  <https://orcid.org/0000-0002-7422-6913>  cgribeiro9874@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)  <https://orcid.org/0000-0002-3591-1491>

³ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)  <https://orcid.org/0000-0001-5680-1657>

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que envelhece rapidamente: as mudanças no perfil demográfico populacional são visíveis e irreversíveis. Nos próximos 75 anos, o número de pessoas idosas deve aumentar em 15 vezes. Isso resulta em modificações do perfil epidemiológico e das características socioeconômicas da população. Nesse contexto, o envelhecimento passou a ter repercussões em vários aspectos, como adequação de moradias, reforma previdenciária, propostas de socialização e lazer, entre outros¹.

São pessoas que envelheceram num país em que a desigualdade social e a pobreza estão presentes para a maioria da população, que ficou desassistida por muito tempo no que se refere aos serviços públicos de saúde, em especial à saúde bucal^{2,3}. Na época em que essas pessoas eram crianças, em meados de 1940 e 1950, não havia política de saúde bucal, pois o foco da atenção eram as doenças infectocontagiosas que emergiam no país^{4,5}.

A dor é o principal fator que leva as pessoas a procurarem atendimento odontológico, e a perda de dentes é vista pela sociedade brasileira como uma consequência natural do envelhecimento e não como resultado histórico de ausência de políticas públicas⁶. Houve muitos avanços tecnológicos na Odontologia nos últimos 50 anos, mas não alcançaram essa população mais vulnerável, que, em sua grande maioria, só teve acesso a uma prática mutiladora, centrada nos dentes, que causou mais iatrogenia do que saúde e resultou em condições bucais deficientes, com excesso de perdas dentárias e limitada reabilitação^{7,8}.

A perda dentária é socialmente naturalizada no Brasil, sendo a extração dentária uma solução momentânea, como se fizesse parte do envelhecimento^{6,7,8}. Apenas 10% da população possui 20 ou mais dentes na boca e metade das pessoas idosas não possui nem um dente⁹. Mesmo assim, não se percebem como mutilados dentais¹⁰.

“A boca é, geralmente, o espelho que reflete, na velhice, as condições em que as pessoas viveram, trabalharam, cuidaram-se e foram cuidadas”^{6:317}. É possível que a percepção positiva seja reflexo de uma atitude de resignação, culturalmente difundida.

Apesar dos avanços obtidos desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma crescente dificuldade de acesso ao tratamento odontológico no SUS. Entretanto, ainda é irrisória a pressão social sobre o papel do Estado, o que faz com que as práticas de mercado ganhem mais espaço e prestígio: não ter direito à saúde bucal é uma fatalidade a que estaríamos condenados¹¹.

Historicamente a Atenção Básica (AB) em saúde bucal no Brasil foi organizada de forma paralela, com poucas iniciativas de trabalho integrado entre os profissionais, sendo incapaz de dar respostas às necessidades da população. Ela é carente de ações coletivas e preventivas

que não sejam voltadas apenas para crianças em idade escolar, resultando num acesso limitado e desigual, sendo a cárie a patologia-mãe, que domina e impede a visão de outras doenças bucais¹². Acrescenta-se a isso o fato de que as prioridades de saúde bucal ainda são pouco conhecidas pelos próprios dentistas e demais profissionais da saúde¹³. Quando os profissionais se colocam abertos para conhecer o contexto de vida dos usuários, podem acolher de maneira mais integrada suas demandas⁵, o que dá espaço para as tecnologias leves, que possibilitam ampliar a interação e propiciar a criação e o fortalecimento de vínculos¹⁴.

Estudos sobre percepção em saúde bucal são importantes para indicar a relação entre informações e conhecimentos disponíveis, valores e crenças pessoais, o contexto onde as pessoas vivem, suas experiências de cuidado e as impressões sobre o tratamento^{15,16}. Ouvir o relato dessas pessoas torna-se primordial para o profissional conseguir perceber como as condições de saúde bucal podem afetar suas vidas e poder identificar medidas objetivas de saúde-doença¹⁷.

Na busca por contribuir com a ampliação de estudos sobre percepção em saúde numa abordagem narrativa, este artigo parte de uma dissertação de mestrado profissional e tem como objetivo conhecer a percepção de saúde bucal de pessoas idosas usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de discutir suas necessidades e demandas de saúde bucal, na perspectiva da ampliação da clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem narrativa. De acordo com Onocko-Campos *et al.*^{18: 2848}, esse tipo de pesquisa “[...] no campo da saúde coletiva tem se mostrado cada vez mais frequente em estudos voltados para compreender experiências e diferentes pontos de vista de sujeitos em um dado contexto.”

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, tristezas, decepções, conquistas, fruto de diferentes contextos, os quais se entrelaçam numa sucessão do tempo que ora aproxima-se e ora distancia-se do seu eu¹⁹.

Para a produção de dados, foram utilizados a entrevista narrativa e o Diário de Pesquisa (DP).

Para as entrevistas narrativas, foi produzido um roteiro com perguntas abertas e fechadas, visando a profundidade em aspectos específicos, a partir das quais emergiram histórias de vida, tanto do entrevistado como das entrecruzadas no contexto¹⁹.

O DP trouxe percepções da pesquisadora durante o percurso: encontros e desencontros, as visitas, as entrevistas, as experiências com o outro, a escuta das histórias de vida e as dificuldades para sair do lugar hegemônico do dentista, restrito a procedimentos dentais. Constituiu-se também uma ferramenta 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”^{20:1303}.

A construção de narrativas possibilitou explicitar a percepção de saúde bucal, trazendo as experiências e situações relacionadas a ela. Da perspectiva de ampliação da clínica em saúde bucal, esse percurso foi também um meio de conhecer essas pessoas por meio de suas histórias de vida, experiências bucais, casos, vivências familiares, na sociedade, nos relacionamentos, nas atividades de esporte, educação, saúde, lazer; temas que nem sempre um profissional de saúde se coloca disposto a escutar²¹.

Como afirma Botazzo²², o relato de

[...] uma história de vida durante a anamnese – são denúncias da realidade social de uma determinada comunidade num determinado tempo. São a emergência de um problema que, se melhor investigado e compreendido, pode fornecer respostas para possibilitar uma abordagem mais integral.^{23:40}

Os narradores foram pessoas idosas de uma cidade da Baixada Santista, moradoras de um bairro onde quase 20% da população é idosa²³; usuárias de uma UBS que possui microáreas de diferentes vulnerabilidades. Para a seleção de narradores, tivemos apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS, que indicaram pessoas idosas de diferentes territórios da Unidade. Dez moradores concordaram em participar da pesquisa: em sua maioria aposentados, na faixa etária dos 63 aos 78 anos de idade, sete mulheres e três homens, que vivem no bairro há pelo menos 12 anos, sendo que cinco possuem ensino fundamental e cinco ensino médio completo.

Como a dentista-pesquisadora tem formação em homeopatia, ao ouvir as histórias, transcreveu, dos relatos, os sintomas mais importantes e os relacionou ao medicamento homeopático similar a cada um. Essa estratégia apenas apoiou a escolha dos pseudônimos dos participantes, não foi uma consulta homeopática. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Paulo – Hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (parecer n.º 3.407.980; CAAE n.º 12148919.4.0000.5505).

Após o aceite dos participantes, a dentista-pesquisadora e um ACS oficializaram o convite, realizando uma visita em cada um dos domicílios a fim de propiciar aproximação das suas condições de vida, visto que se trata de uma UBS tradicional, em que os cuidados odontológicos se restringem aos procedimentos no consultório e a dentista não conhecia o território e seus moradores.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da UBS que estivesse disponível, fora do ambiente odontológico, dispensando o uso do odontograma¹², a fim de estabelecer uma outra

relação entre “dentista e paciente”, mediada por tecnologias leves¹⁴ e não por equipamentos, como acontece na maioria das vezes: paciente sentado na cadeira odontológica e dentista no mocho. As entrevistas foram gravadas e transcritas e, após uma leitura minuciosa, apoiaram a produção das dez narrativas.

A última etapa foi de devolutiva da pesquisa, com o compartilhamento das narrativas produzidas na pesquisa, com cada um, individualmente, para que pudessem fazer ajustes e comentários antes da sua escrita final²⁴. Foram lidas e aprovadas pelos respectivos narradores, acrescidas de interações com a pesquisadora, com seus contextos de vida, com a dinâmica dos serviços de saúde, com suas histórias e experiências bucais.

Foi um momento fundamental para retomar o contato com os narradores, obter suas impressões, e perceber a sua força na transformação e fortalecimento do vínculo. Algumas dessas narrativas foram entregues em mãos, outras deixadas num envelope na caixa de correio, conforme o desejo do narrador. Cada um devolveu a seu modo, com anotações, com agradecimentos emocionados, sendo que duas pessoas solicitaram alterações que foram atendidas e novamente compartilhadas, até se obter a aprovação final. A dentista-pesquisadora conduziu todas as etapas da pesquisa, realizadas no período de 12/04/2019 a 22/09/2020.

As dez narrativas produzidas buscaram trazer fatos marcantes das histórias de vida relacionados à saúde e, especificamente, à percepção de saúde bucal.

Ecléa Bosi^{25:91}, grande fonte de inspiração para a construção das narrativas, menciona que o narrador

[...] tem o dom do conselho. A ele foi dado abranger uma vida inteira.

Seu talento de narrar lhe vem da experiência; sua lição, ele extraiu da própria dor; sua dignidade é a de contá-la até o fim, sem medo.

Uma atmosfera sagrada circunda o narrador.

O conceito de bucalidade permitiu associar as histórias às experiências bucais pregressas e atuais, de sofrimento ou não, e também a aspectos das condições de vida e de suas vulnerabilidades. A bucalidade recupera a dimensão do social na boca, em que habitam diversos sentidos e significados que ampliam aqueles comumente encontrados nos manuais de anatomia e fisiologia tradicionais que a descrevem em suas estruturas e funções como parte do sistema digestório²⁶. As experiências bucais relacionam-se a tudo o que acontece e se passa e que, muitas vezes, transformam-se em e por nossa boca. “[...] se tomarmos como referência a bucalidade, nem sempre nossa ‘experiência bucal’ assumirá a forma doença”^{27:2100}, como podemos observar em trechos de cada uma das narrativas.

RESULTADOS

Nux vomica: *"Eu sou um grão de areia no meio dessa potência inteira"*

Teve uma infância feliz, brincava muito. Casou-se aos 18 anos e criou os quatro filhos. *"A gente sabe que quando nasce, a certeza é de que vai morrer. O destino é viver, crescer, trabalhar e morrer."* 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"*. Foi perdendo um a um e já passou por mais de dez profissionais, a cada vez era um dente diferente com problema, mas nunca deixou de ir ao dentista. *"No Nordeste, o pessoal arranca os dentes à toa, não se importa de usar dentadura"*. Está na fila de espera há mais de dois anos para a instalação de prótese parcial removível. Não sabe se vai se acostumar a usar próteses, mas quer tentar porque sente que como está é muito ruim. *"Dou graças a Deus de ter ficado velha, tem gente que não fica, morre logo. Não é a velhice que me incomoda, mas a injustiça!"*

Capsicum: *"Viver triste pra quê? Tristeza não paga dívida."*

Lembra-se de tudo da infância. *"Não tenho que me queixar da minha memória."* Conseguiu tudo que tem hoje com muito esforço e muita luta. Diz que ninguém quer ir ao dentista, só vamos porque somos obrigados, e não se incomoda por não ter muitos dentes porque consegue mastigar tudo o que quer. O constrangimento é porque os dentes anteriores estão desgastados e estão muito pequenos. Por muitos anos, pagou para cuidar dos dentes, fez tratamentos de canal e próteses fixas, mas de um tempo para cá tem preferido extrair quando sente dor. A prótese parcial removível que tinha feito há pouco já não serve mais e está se conformando com a ideia de usar dentaduras. Ao final da nossa conversa, disse: *"Deus te abençoe pelo que você está fazendo por mim e pelos outros, é uma maneira de ajudar. 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."*

Conta que teve uma trajetória de vida triste, uma infância muito ruim. Sua mãe a entregou para ser criada por uma tia e lembra que foi muito judiada. Durante sua primeira gestação, percebeu que os dentes estavam ruins. Conta que nesse período *"não dava risada, nada. A boca tava toda estourada."* Era empregada doméstica e o patrão a levou ao consultório dentário da fábrica onde ele trabalhava. Ali todos os seus dentes superiores foram extraídos de uma vez.

Desde essa época, usa dentadura na arcada superior e prótese parcial removível inferior. Adaptou-se bem usando as próteses, come de tudo, não tem dificuldade para falar e nunca se machucou. Até o protético elogiou muito sua boca, com rebordos perfeitos para prótese: *“vou ter vergonha de usar dentadura por quê?!”*

Sepia: *“Tenho mais responsabilidade que uma pessoa jovem.”*

Tem se achado velha, fraca; já não tem a beleza de antes, mas gostaria de arranjar um namorado. Utiliza os serviços da UBS desde que inaugurou: médico, dentista, vacina, farmácia. Conta que, naquele tempo, ainda tinha dentes. Foi lá que extraíram os últimos. Sempre foi ao dentista, desde que tinha 20 anos. O que mais incomoda é a fala, que é “fanhosa”, e a sensação de que está com a boca vazia. Acredita que agora tem mais saúde bucal que antes porque a boca está limpa e escova bem a prótese todos os dias.

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

Tem uma vida ativa: acorda bem cedo todos os dias, vai para a casa do filho ou faz caminhadas. Está sempre sorridente e de bom humor. Ficou viúva jovem e sozinha com dois filhos pequenos. Batalhou muito para dar tudo para eles. Eles retribuíram, sendo trabalhadores e responsáveis. Até os 28 anos não tinha uma “obturação” na boca. Quando ficou viúva, da noite para o dia a gengiva inflamou demais. Doía muito, procurou um dentista que fez até raios X. Ela então descreve perfeitamente o que seria uma doença periodontal e o tratamento que foi feito. Melhorou muito, 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 extraíndo dois ou três de cada vez. Em um mês, ela já estava “banguela”. Colocou as dentaduras e nunca sentiu dificuldade nenhuma; está com elas há muitos anos. Conta que come amendoim, carne dura, pipoca, chupa cana; come tudo, não dói nada.

Bryonia: *“Não pode se entregar, nem se acomodar!”*

Tem um dia a dia bem ocupado, com atividades físicas, fisioterapia, dois corais, trabalho voluntário no Centro Comunitário, pastoral na Igreja... *“Sou idoso assumido: gosto de coral, estou em plena atividade; mas se me chamarem de velho, leva um puxão de orelha!”* Considera-se muito ativo, tem muita vitalidade e todas as pessoas que o encontram também têm essa impressão; acham que ele não mudou nada, continua com a mesma fisionomia. *“Espero viver com saúde enquanto nosso amigo lá de cima não bater o sininho!”* Não tem lembranças de

problemas bucais e, pelo seu histórico clínico na UBS, possui todos os dentes e alguns são restaurados.

Natrum: *“Se fosse pra voltar, voltava pro meu passado”*

Nasceu em Sergipe e teve uma infância dura com os oito irmãos. Brincava e estudava quando sobrava tempo. Em épocas mais difíceis, dividiam um ovo para sete pessoas. *“Foi essa vida cruel que me trouxe pra cá.”* Não sabia que havia consultório odontológico na UBS, *“tava ruim dos dentes, tive que pagar parcelado pra tratar, foi caro!”* Já sentiu muita dor de dente e quando ia ao dentista, a solução era extrair, não tinha recurso. Depois foi perceber que tinha tratamento. *“Os dentistas eram muito ruins, arrancavam dentes sem anestesia”*. Considera que até hoje eles não são muito bons, e por isso, tem aflição de dentista. Até para ir ao médico e conseguir medicamentos agora é melhor do que era antigamente porque tinha que dormir na fila para conseguir uma consulta e tomava chás quando não tinha remédio. Hoje *“tá todo mundo num paraíso, policlínica na porta, remédio de graça...”*

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

Acredita que, ao envelhecer, teria duas opções: a primeira seria ficar como alguns amigos que não se qualificaram para nada, com 30 anos eram assim, agora com 80 são a mesma coisa: para eles, pronto, acabou. A segunda seria sentir-se novo, como ele, estudando, lendo, se aperfeiçoando. Conta que sempre tratou os dentes: as lembranças são do motor trepidando, aquele barulhão; levantava a mão porque doía... *Era arrepiante!* Recorda que os pais ficavam em cima na hora da escovação, mas naquela época era muito comum extrair todos os dentes e colocar dentadura por sugestão do próprio dentista.

Lachesis: *“Tá tudo no ponto!”*

Teve uma infância boa, estudava no Colégio Canadá. *“A faculdade que eu trago é do meu pai e de Deus: dignidade, humildade e honestidade.”* No curso de cuidadora aprendeu noções de cuidados bucais. Percebe nas pessoas idosas que cuida que muitos têm problemas bucais: quando escova, a gengiva sangra. Considera-se observadora e curiosa, e pergunta tudo. Acha que tem boa saúde bucal; já fez tratamento periodontal e próteses parciais removíveis no CEO. Usa apenas a prótese superior, porque a inferior machuca, então só a 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.”

Silicea: *“Sorriso é tudo, espanta os maus fluidos.”*

Seu dia a dia é corrido, faz tudo pelos filhos. Considera sua 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 com sua saúde. Para ela, aposentar-se, envelhecer, ser avó parece ter feito muito bem. Não gosta de ir ao dentista, só vai quando é necessário. Foi ocupando seu tempo cada vez mais e conta que faz isso *“porque a vida está acabando... deixa eu aproveitar, já que na juventude não consegui”*. Conselhos que daria a alguém que está envelhecendo: *procure se mexer, nem que seja uma caminhada; pense em si próprio, não se esqueça de você; vá passear, se arrume; tenha amizades fora de casa para não sufocar seus filhos.*

DISCUSSÃO

O processo reflexivo foi permanentemente registrado no DP, em todas as fases do trabalho, explorando os múltiplos sentidos produzidos a partir das histórias ouvidas. Nesse processo, duas categorias de análise foram elaboradas: a naturalização da perda dentária e as necessidades e demandas de atenção odontológica das pessoas idosas no território. Ambas associam-se ao conceito de bucalidade, uma vez que estão relacionadas à integralidade do cuidado em saúde.

Naturalização da perda dentária

Foram marcantes os relatos de sofrimento e naturalização da perda dentária, com prejuízos estéticos, funcionais e constrangimento social. A maioria começou a perder os dentes muito cedo. Na ausência de acesso à orientação e cuidados possíveis, buscaram o serviço que era ofertado com os recursos que possuíam. Receberam cuidado com procedimentos imediatistas, mutiladores e tiveram respostas para a dor que sentiam, mesmo não tendo noção das consequências disso⁶. Essa questão ficou marcada em algumas narrativas:

“Quando veio uma prima do interior para ficar na casa dele, ajudando a mãe que tinha operado, 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.’” (Narrativa Lycopodium)

“Lembra do primeiro dente que teve que extrair, na época não ligou muito, porque era só um, e os outros estavam bons. ‘O importante é que a dor sumiu!’” (Narrativa Nux vomica)

As condições socioeconômicas de vida, como baixa escolaridade, baixa renda e falta de trabalho na juventude, produziram efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Fez muita falta um sistema de saúde público acessível, repercutindo no tipo de cuidado em saúde bucal ofertado²⁸. Esse foi um forte determinante da perda dentária que marcou essa geração de pessoas e sua condição bucal atual - um sinal da exclusão social vivida: existe uma relação entre histórias de diferentes tipos de cuidado materno e/ou familiar, sem informação e assistência odontológica, e a atual condição da cavidade bucal deficiente^{4,5,29}, conforme destacado por alguns narradores:

“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 Nux vomica).

“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 Lycopodium).

Esses narradores possuem próteses antigas e desgastadas que, com o tempo, foram se adaptando às muitas limitações impostas: má articulação das palavras, dificuldade de mastigar determinados alimentos e estética comprometida^{5,30}.

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

Algumas vezes, sujeitavam-se a tratamentos penosos, sem anestesia, com equipamentos precários, o que desenvolveu em muitos deles uma justificada fobia ao dentista³⁰:

“*Lá era um carniceiro, arrancava os dentes direto!*” (Narrativa Sepia)

“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 por quê!’*” (Narrativa Nux vomica)

Narvai e Frazão⁵ destacam que a extração sistemática de dentes marca até hoje o trabalho odontológico, principalmente aquele voltado às populações pobres. Da mesma forma, sob o ponto de vista epidemiológico, os resultados da última pesquisa nacional em saúde bucal no Brasil (SB Brasil 2010)⁹ revelam uma situação bastante crítica, com alto grau de perda dentária e necessidade de próteses nessa população, que tende a se agravar caso não sejam tomadas medidas preventivas, educativas e de reabilitação. Por isso, é incomum ver pessoas com idade avançada e dentadas: causa um certo espanto o relato de pessoas que chegaram à velhice com todos os dentes¹¹.

Necessidades e demandas de atenção odontológica para pessoas idosas no território

Nota-se que os serviços odontológicos na AB até agora não têm conseguido dar atenção necessária às demandas que o envelhecimento populacional tem trazido: as pessoas idosas são um grupo heterogêneo e com necessidades de cuidado de maior complexidade, como reabilitação protética³⁰. Ficaram durante muito tempo excluídas da atenção, o que acumulou a demanda por acesso. A proposta de cuidado integral às necessidades de saúde bucal ainda não se concretizou e o modelo curativo, centrado em práticas clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea e mero repetidor de procedimentos, ainda é hegemônico³. Os serviços privados não são uma opção, visto que há uma redução de renda significativa nessa faixa da população³⁰.

Percebemos que a maior demanda das pessoas idosas está relacionada à confecção e troca de próteses, reflexo das perdas dentárias extensas a que foram submetidas desde sua juventude, como expõe Nux vomica:

“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”.

Esse dado corrobora os resultados do levantamento epidemiológico SB Brasil de 2010⁹, no qual 50,5% afirmaram necessitar de tratamento odontológico e 55,6% acreditavam precisar de prótese. O alto grau de perdas dentárias evidencia que o tratamento restaurador falhou; houve falta de investimento em políticas públicas de prevenção e promoção de saúde bucal, e até hoje grande parte da população não tem acesso ao tratamento odontológico^{30,31}, como contou Natrum: *“Nem sabia que tinha consultório dentário na Unidade; se soubesse, talvez tivesse ido antes de ir pra um consultório particular. Mas lá, vocês faz todo tratamento? Não sabia!”*

Por esses motivos, é de grande importância a expansão da oferta de próteses dentárias na AB, bem como a instalação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, conforme proposto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), de 2004, denominada Brasil Sorridente³², oficializada na Lei 14.572/2023, que Institui a PNSB do SUS e altera a Lei nº 8.080/1990 para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.

De 2016 a 2022, a PNSB sofreu um período de grande subfinanciamento, como o desmonte de muitas políticas sociais, rumando para um modelo de atenção em saúde que segue, cada vez mais, uma lógica de mercado²⁹, que rompe com o fundamento do acesso universal e traz retrocessos significativos na oferta de serviços. Estudos indicam que cerca de 80% das demandas em saúde bucal poderiam ser resolvidas na AB, caso o requisito fosse apenas a capacidade técnica dos profissionais; entretanto, nem sempre os insumos disponíveis permitem uma resposta efetiva^{29,31,33}. Existe uma contradição: a gestão preconiza que se realize o maior

número de procedimentos possível, mas não oferece materiais ou equipamentos compatíveis. A resolutividade pode ser considerada baixa para a necessidade de tratamento de adultos e pessoas idosas^{30,33}

A produção do cuidado na clínica de saúde bucal poderia ser mais acolhedora e inclusiva, com escuta e diálogo para contemplar as necessidades de tratamento identificadas pelo profissional e as demandas específicas do usuário^{12,20}. Impressões estas que ficaram registradas no DP (09/03/2020):

“[...] buscar interagir com a equipe, conhecer as demandas do território; e baseados no perfil do usuário que procura os serviços, identificar os problemas de saúde, contribuiria para ampliar a clínica odontológica.”

No entanto, há uma histórica dificuldade de acesso: são poucas as vagas para atendimento odontológico e só os usuários mais persistentes conseguem consulta; o tempo de espera por uma consulta é grande; o serviço mais próximo ainda é geograficamente distante e há dependência de transporte até a unidade; são inúmeras as consultas até concluir o tratamento^{29,30}.

A prevenção odontológica para pessoas idosas na AB habitualmente se restringe à orientação de higienização de dentes e próteses, em palestras de transmissão vertical das informações, centradas no conhecimento técnico-odontológico. O conceito é de que a cárie é causada pela falta de cuidado e pelo desleixo do usuário, e que essa transmissão de informações será suficiente para resolver o problema, o que acaba por reforçar o autoritarismo da prática prescritiva e de baixa resolubilidade^{13,34}.

O serviço público odontológico não precisa ser apenas uma porta aberta para extrações: ao devolver o sorriso a muitos cidadãos, resgatamos sua autoestima, melhoramos a 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 uma boca desdentada³⁵.

Concordamos e apostamos que,

[...] 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.^{29:60}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, pode-se perceber que entre as pessoas idosas há as que procuram manter-se ativas e permanecem dispostas a realizar sonhos e satisfazer seus desejos, sejam elas aposentadas, trabalhadoras, solteiras, viúvas ou casadas, mais ou menos independentes,

autônomas; e outras, resignadas, conforme as diferentes experiências e vivências acumuladas ao longo da vida. Envelhecer é um privilégio para aqueles que alcançam essa etapa da vida, um reflexo de prosperidade, e eles reconhecem o envelhecimento como uma conquista.

Por isso também são diferentes suas percepções de saúde bucal, muito conectadas às suas histórias e modos de andar a vida: tiveram trajetórias de vida difíceis, que acarretaram sofrimentos, inclusive bucais, e tiveram poucas respostas dos serviços às suas demandas.

Mesmo com uma percepção da saúde bucal positiva, naturaliza-se o sofrimento e as perdas dentárias como consequência do envelhecimento. A maior necessidade e demanda de saúde bucal trazida pelos narradores foi reabilitação protética, que ainda enfrenta muitos empecilhos para realmente fazer parte dos procedimentos ofertados na AB.

A pesquisa possibilitou trazer o tema do cuidado em saúde bucal de pessoas idosas como pauta na UBS e identificar alguns desafios a serem enfrentados, reforçando o que outros trabalhos já apontaram, que seria a necessidade de mudança no modelo de atenção em Saúde Bucal na AB, que tem levado a uma acentuada exclusão dessa população, assim como a manutenção de uma prática de mutilação dentária.

Entendemos haver um grande potencial de ampliação da clínica com a introdução de tecnologias leves no cuidado, considerando as experiências bucais singulares. A bucalidade pode contribuir para ampliar a clínica e pensar em outros modos de fazê-la, superando pouco a pouco os estreitos limites odontológicos, centrados em dentes e lesões, pois entendemos que saúde bucal não se faz exclusivamente com a caneta de alta rotação e o usuário não é somente dentes e gengivas. A disseminação de uma prática de saúde que traga acolhimento e vínculo poderá contribuir para distanciar traumas, ameaças, dores, medos e frustrações, e potencializar a promoção de saúde para ativar movimentos coletivos interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais.

O vínculo construído com essas pessoas e as reflexões produzidas na equipe de saúde da referida UBS, a partir da abordagem narrativa utilizada neste estudo, provocou mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde bucal, evidenciando o papel social da prática odontológica. É no contato com a vida nos territórios que a produção do cuidado em saúde bucal se potencializa.

Outros estudos, com distintas abordagens metodológicas, podem trazer mais elementos para a construção de um novo modo de operar o cuidado de saúde bucal na atenção básica, que deve repercutir num movimento permanente de reflexão coletiva sobre as práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [internet]. 2016 [acesso em 2024 jan 27]; 19(3):507-519. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?format=pdf&lang=pt>
2. Mello ALSF, Erdmann AL, Caetano JC. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2008 [acesso em 2020 out 13]; 17(4): 696-704. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/WRFgkZ3C5mKcK36kKWY5RZm/?format=pdf&lang=pt>.
3. Bortoli FR, Moreira MA, Moretti-Pires RO, Botazzo C, Kovaleski DF. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saúde soc* [internet]. 2017 [acesso em 2020 out 25]; 26(2): 533-544. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jzhR89FjxLBDSLqDf8M5g7F/?lang=pt>.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162160>.
4. Bulgarelli AF, Pinto IC, Lorenzi CG, Villa TCS, Mestriner, SF, Silva RC. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. *Ciênc saúde colet* [internet]. 2012 [acesso em 2020 out 30]; 17(8): 1347-1355. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/QSKZndgBPcSYtMzWrsc9PDS/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500028>.
5. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil. Muito além do céu da boca. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz. 2008.
6. Almeida MAL, Souza ECF. Envelhecimento e saúde bucal: alguns aspectos da bucalidade nas transformações do corpo do idoso. In: Dias, AA. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos; 2006. p.315-331.
7. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad saúde pública* [internet]. 2005 [acesso em 2020 out 02]; 21(6): 1665-1675. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/LM6Rq39vcHnFxFxGmr8cyZQXP/?lang=pt>.
8. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Cien saúde colet* [internet]. 2005 [acesso em 2020 out 29]; 12(4): 1051-1056. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/LM6Rq39vcHnFxFxGmr8cyZQXP/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [acesso em 2020 out 17]. Brasília: 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
10. Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/OMS; 2003. p.119-140.
11. Manfredini MA, Botazzo C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. *Ciênc saúde colet* [internet]. 2006 [acesso em 2020 out 29]; 11(1): 169-177. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/3RXHJypqQ4sLWP85njZhcBg/abstract/?lang=pt>

12. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica. narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciêns saúde colet* [internet]. 2011 [acesso em 2020 nov 07]; 16(11): 4337-4348. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FmMbrjzqkn7rk6XzF8P6QQ/abstract/?lang=pt>.
13. Nunes Neto RA. Saúde bucal e o cuidado da gestante: oficina como estratégia de problematização de práticas na atenção básica nos morros de Santos [dissertação]. Santos: Unifesp- Campus Baixada Santista; 2016.
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde debate* [internet]. 2003 [acesso em 2020 out 18]; 27(65). Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf.
15. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev saúde pública* [internet]. 2010 [acesso em 2020 out 31]; 44(5): 912-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cynH8rMfyFGFdGkdvNTSddK/?lang=pt>.
16. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Junior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev bras epidemiol* [internet]. 2012 [acesso em 2020 out 01]; 15 (1): 49-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/zCJfKzPy97gvnk3QHwN9MZL/?lang=pt>.
17. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante, ABP, Ferreira, AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *RSC online* [internet]. 2017 [acesso em 2020 out 21]; 6(1): 89 - 102. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/157>.
18. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, Diaz AG, Xavier MAZ. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [acesso em 2024 jan 16]; 18(10):2847-2857. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/cNRXq59533JJx7g8hLd5KQK/#>.
19. Eugenio B, Trindade LB. A entrevista narrativa e suas contribuições para a pesquisa em educação. *Pedagogia em Foco* [internet]. 2017 [acesso em 2024 jan 27]; 12(7): 117-132. Disponível em: <https://revista.facfama.edu.br/index.php/PedF/article/view/260>.
20. Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis* [internet]. 2011 [acesso em 2020 nov 12]; 21 (4): 1297-1314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/cMmw8qyYBMKJBgJtrqv7CWh/abstract/?lang=pt>.
21. Favoreto CAO, Camargo Junior, KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface* [internet]. 2011 [acesso em 2020 out 30]; 15 (37): 473-483. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8C3sVSqXqgpMMcwgnNCN44F/?lang=pt>.
22. Botazzo C. Bucalidade. *PRO-Odonto Prevenção*[internet]. 2013[acesso em 2024 jan 27]; 6 (4): 9-55. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277708914_Bucalidade.
23. Brasil. Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em: 2024 jan 27. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/6N3>.
24. Pezzato LM, Dutra LH, Grilli G, Wada L. Experiências no Morro Santa Maria: Narrativas e afetos partilhados. In: Goulart PM, Pezzato LM. *Narrativas de Si -práticas em educação e saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 53-76. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/narrativas-de-si-praticas-em-educacao-e-saude/>

25. Bosi E. Memória e Sociedade. Lembranças de velhos. 4 ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
26. Botazzo C. Da Arte Dentária. São Paulo: Hucitec, 2000.
27. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. Ciên saúde colet [internet]. 2013 [acesso em 2020 nov 01]; 18 (7): 2095-2104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3NTDctsm68Y3yvz7L4tvjtz/?lang=pt>.
28. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Tempus – Actas de saúde coletiva (internet). 2011 [acesso em 2020 set 30]; 5(3): 21-34. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039>.
29. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciên saúde colet [internet]. 2006 [acesso em 2020 set 01]; 11(1): 53-61, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/thF5j4M4xd9Zd5TBxzvsKcq/abstract/?lang=pt>.
30. Vargas AMD, Paixão HH. 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. Ciên saúde colet [internet]. 2005 [acesso em 2020 out 25]; 10(4): 1015-1024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zMVMnPJmqN7ZdcNptwhRJC/?lang=pt>.
31. Botazzo C, Oliveira MA. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004 [acesso em 2020 nov 01]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
33. Onocko-Campos RT, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas, DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2020 out 19]; 38: 252-264. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JC63pCCBWxw8kfdRKTqfsgH/abstract/?lang=pt>.
34. Leme PAT, Bastos RA, Turato ER, Meneghim MC. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. Physis [internet]. 2019 [acesso em 2020 out 20]; 29(1): 1-19. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312019000100610&script=sci_arttext.
35. Manfredini MA. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: Campos FCB, Henriques CMP. Contra a maré à beira mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 78-87.

Artigo recebido em maio de 2022

Versão final aprovada em janeiro de 2024