

MIRTES HELENA MANGUEIRA DA SILVA DIAS

A Saúde Bucal do Idoso Assistido em Domicílio

***Mestrado em Gerontologia
PUC - São Paulo
2009***

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MIRTES HELENA MANGUEIRA DA SILVA DIAS

A Saúde Bucal do Idoso Assistido em Domicílio

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Gerontologia, sob a orientação da Profa. Dra Suzana Carielo da Fonseca.

***Mestrado em Gerontologia
PUC - São Paulo
2009***

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação
ao amigo Jesus Cristo, fiel companheiro
em todas as horas da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Aos idosos, razão da minha dissertação.

Ao meu marido Márcio, pelo carinho e paciência durante esta jornada.

Ao meu filho Júnior, pelo apoio e pela dedicação despendida neste trabalho.

À minha filha Jéssica, pela contribuição artística fotográfica e também pela paciência por aceitar em seu quarto as pilhas de livros e o monte de papel ao lado do computador.

Ao meu pai Edson, que sempre me incentivou nos estudos.

À minha mãe Neyde, pelo carinho dispensado.

À minha sogra Benedita, pelas orações incessantes em meu favor.

A toda à minha família, Fernanda, Tércio, Aline, Edson, Regina e Vítor, por torcerem por mim.

À minha orientadora Profa. Dra. Suzana C. Fonseca, pela orientação, pela dedicação e, acima de tudo por acreditar no meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto, pelo incentivo nos meus artigos e trabalhos científicos.

À Profa. Dra. Elizabeth Mercadante, por sempre estar pronta a me ajudar.

À Profa. Dra. Vera Lúcia V. de Almeida, por ser uma pessoa tão especial.

Às minhas amigas Helenice e Bel, pelo constante apoio e carinho.

Às Profas. Dras. Silvana Tótora, Salma T. Muchail e Beltrina Côrte, por contribuírem para a minha dissertação.

À Manoela, por sempre me dar uma “força”.

À CAPES, pelo auxílio concedido para a realização deste trabalho.

À todos que oraram para que este trabalho se concretizasse.

RESUMO

A saúde bucal do idoso assistido em domicílio

Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

A presente dissertação resulta de uma investigação que, do ponto de vista metodológico, se apoiou numa abordagem quanti-qualitativa. Realizada com a participação de idosos e/ou cuidadores vinculados ao Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, este estudo voltou o foco para a problematização dos efeitos da intervenção odontológica sobre aqueles que dela se beneficiaram. A partir dessa perspectiva-eixo, explorei representações sociais e subjetivas do processo saúde/doença, e sua relação com a velhice, mobilizadas antes e após à referida intervenção.

O encaminhamento do debate se realizou conforme os seguintes passos: no primeiro capítulo, realizei uma revisão bibliográfica, explorando conceitos centrais sobre o processo de envelhecimento e a velhice nos discursos da Geriatria e da Gerontologia. Procurei, assim, explorar e explicitar a diversidade de “representações científicas”, relacionadas ao objeto de estudo em questão, com um duplo intuito: deixar ver o movimento da reflexão da área à qual este trabalho se filia e, ao mesmo tempo, seus possíveis efeitos sobre o imaginário daquele que experimenta a condição de velho (os pacientes-sujeitos) e/ou daqueles que são incluídos nesta problemática, pela relação que entretém com esses últimos (os cuidadores).

No segundo capítulo, apoiada em Foucault (1979, 1994), encaminhei uma retrospectiva histórica, relativa à “espacialização terciária (social) da saúde” e à conseqüente “medicalização dos hospitais”. Isso porque interessava à discussão identificar de que modo (e quando) os hospitais – espaços privilegiados no cuidado e promoção à saúde - se abriram à atuação de outros profissionais para a formação de equipes interdisciplinares (modo a partir do qual se estrutura o SAD-HSPMSP). Também, trouxe à luz uma investigação epidemiológica, realizada neste serviço - e da qual participei como pesquisadora - que deixou ver, do ponto de vista odontogeriátrico, o perfil da saúde bucal dos idosos ali assistidos.

No terceiro capítulo, a reflexão sobre saúde/doença e sua relação com o serviço de assistência à população foi movimentada pela análise de dados coletados em pesquisa de campo. Nela, voltei a atenção para o "olhar" do dentista para a saúde bucal do paciente, bem como para a percepção da mesma relatada pelo paciente e/ou cuidador. Como já assinalado, a metodologia quanti-qualitativa orientou a interpretação oferecida. Levando em conta o debate em torno da questão que envolve a adoção desse ponto de vista para a área da saúde, tomei como ponto de partida, o cruzamento das reflexões relativas à interpretação das culturas, à saúde bucal em idosos e à autopercepção da saúde bucal. Na conclusão, indiquei as possíveis contribuições deste trabalho para a discussão do objeto que dá vida ao campo da Gerontologia – a velhice - numa visão para além do biológico.

Palavras-chave: odontogeriatria, saúde bucal, fragilidade, idoso, gerontologia.

ABSTRACT

The oral health of the elderly assisted at home

Mirtes Helena Mangueira da Silva Dias

This dissertation is the result of an investigation that, from the methodological point of view, was based on a quantitative and qualitative approach. Carried out with the participation of the elderly and/or caregivers linked to the Home Care Services (HCS) of Hospital do Servidor Publico Municipal de Sao Paulo; this study turned the focus to the problematization on the effects of dental intervention on those who benefited from it. From this axis of perspective, I explored the social and subjective representations of the health/disease process, and its relationship to age, which were mobilized before and after the said intervention.

The conduction of the debate was held in accordance with the following steps: in the first chapter, I conducted a bibliographical review, exploring the central concepts of the aging process and old age under the point of view of Geriatrics and Gerontology. I therefore tried, to explore and explain the diversity of "scientific representations", related to the subject matter in question, with a twofold purpose: show the movement of reflection of the area to which this work is affiliated and at the same time, their possible effects on the imagination of the one who experiences the condition of the elderly (the patient/subject) and/or those who are included in this problem, by the relationship that they hold with the latter (the caregivers).

In the second chapter, drawing from Foucault (1979, 1994), I conducted a historical retrospective on the "tertiary spatialization (social) of health" and the consequent "medicalization of the hospital". That's because, the discussion was interested in identifying how (and when) hospitals – privileged health care facilities, in the care and promotion of health - were opened up to other professionals in the formation of interdisciplinary teams (SAD-HSPMSP is thereby structured). It also has brought to light an epidemiological investigation, carried out by this team - and in which I participated as a researcher – that revealed from the dental geriatrics point of view, the elderly oral health profile, over there assisted.

In the third chapter, reflection on health/disease and its relationship with the assistance provided to the population was guided by analyzing the data collected in field research. In it, I focused on the "look" of the dentist – the patient's oral health, as well as on the perception of the patient reported by him/herself or caregiver. As already mentioned, the quantitative and qualitative methodology guided the final interpretation. Taking into account the debate on the issue that involves the adoption of this view to the health area, I took as its starting point, the intersection of the reflections on the interpretation of cultures, the oral health of the elderly and the self-perceived oral health. In conclusion, I indicated the possible contributions of this work for the discussion of the object that gives life to the field of Gerontology – the elderly - a vision beyond the biological.

Key words: dental geriatrics, oral health, fragility, the elderly, gerontology.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO 01

CAPÍTULO I: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A VELHICE 06

1. O envelhecimento e a velhice: objetos de investigação científica 06

1.1 Envelhecimento e velhice: a dicotomia saúde/doença nos
dizeres da Geriatria 09

1.2 Envelhecimento e velhice nos dizeres da Gerontologia:
o bio-psico-social 14

2. A Odontogeriatrics e a especificidade da saúde bucal no processo
de envelhecimento e na velhice 19

2.1 Alterações do sistema estomatognático na senescência 20

2.2 Distúrbios orais na senilidade 22

CAPÍTULO II: ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA AO IDOSO FRAGILIZADO	26
1. O hospital: sua constituição como espaço terciário (social) de distribuição da doença	27
1.2 O hospital e o enfoque interdisciplinar	31
1.3 O hospital e o serviço de assistência domiciliária	33
1.3.1 O Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo	35
1.3.2 O perfil da saúde bucal dos idosos assistidos em domicílio pelo SAD/HSPM	38
CAPÍTULO III: PERCEPÇÃO E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL	50
1. Autopercepção da Saúde Bucal: a inclusão do sujeito nas pesquisas odontogerátricas	50
2. A Metodologia Quanti-Qualitativa e as Pesquisas na Área da Saúde	54
3. Bases teórico-metodológicas que orientam a análise dos dados	56
4. Sujeitos da Pesquisa	59
5. Análise/interpretação dos dados	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

Trabalhando há doze anos, como cirurgiã dentista, no Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (SAD-HSPM-SP), tenho convivido com idosos (e seus familiares) assistidos por esse serviço. Incluída de um modo muito específico, na dinâmica das relações que se colocam no grupo familiar destes pacientes, tenho compartilhado momentos marcados por alegrias, tristezas, vitórias, frustrações, etc., bem como problemáticas que envolvem as muitas dificuldades enfrentadas por eles. Nesta dissertação, ganha relevo aquelas que estão relacionadas com o acesso e realização da assistência odontológica, seja no âmbito da orientação (prevenção), do tratamento (terapêutica) ou mesmo da manutenção da saúde bucal. Nessa perspectiva, destacam-se: a) a dificuldade de deslocamento até um consultório odontológico (devido às doenças crônicas e aos problemas de locomoção), (b) a falta de conhecimento acerca de como manter uma condição bucal saudável e sua relação com uma boa saúde geral.

Posso dizer que tais constatações me indagaram e responderam, num primeiro momento, por minha decisão de levantar o perfil de saúde bucal destes idosos (levantamento estatístico). Numa pesquisa anterior, encaminhada no âmbito do próprio hospital, privilegiei fatores objetivos, tais como, sexo, presença/ausência de doenças sistêmicas, grau de dependência, via de ingestão de dieta, higiene bucal, presença/ausência de cárie, presença/ausência de doença periodontal, edentulismo e adaptação de próteses. Realizado o levantamento dessas variáveis e tendo delineado o referido perfil, os sujeitos que participaram da pesquisa receberam os tratamentos específicos, conforme a necessidade de cada caso. No atendimento clínico realizado, observei que mudanças significativas ocorreram em função da intervenção odontológica.

Registrei-as, então, porque entendi que uma investigação de outra natureza deveria ser empreendida, com o objetivo de comparar sistematicamente a condição bucal desses idosos, antes e depois da realização do tratamento. Para tal, seria interessante, de um lado, partir das

mesmas variáveis quantitativas discriminadas anteriormente, o que, do meu ponto de vista, implicaria privilegiar a ótica do dentista na avaliação do que responderia pelas mudanças que foram efetivamente produzidas. Contudo, outra inquietação foi suscitada pelo exercício clínico: eu me perguntava sobre o que, na ótica do paciente, estaria em causa nessas mudanças? Ou, dito de outro modo: qual teria sido o impacto sobre ele das mudanças operadas pela intervenção odontológica? Elas estariam circunscritas ao campo da saúde bucal ou, os resultados obtidos teriam incidência para além dele? De que natureza seria essa projeção (caso ela se manifestasse) e como ela era percebida/experimentada por aqueles que se beneficiaram do tratamento realizado?

Foi assim que decidi dar um passo metodológico (agora de natureza qualitativa) que me permitisse, nesta dissertação, dar “vez e voz” (LIER-DEVITTO; FONSECA; LANDI, 2007) ao paciente e explorar o que, na literatura sobre o tema, tem sido referenciado como “autopercepção” da saúde bucal. De fato, tornou-se um compromisso, para mim, viabilizar a possibilidade de refletir sobre os efeitos da intervenção odontológica sobre aquele que dela se beneficiou, explorando representações subjetivas sobre saúde/doença e sua relação com a velhice, mobilizadas pelo paciente idoso (ou cuidador), antes e após a intervenção do dentista.

Meu objetivo central neste trabalho é, portanto, contribuir não apenas para uma reflexão que coloque em causa fundamentos da intervenção odontológica em idosos, mas, especificamente, para o debate relativo à promoção de saúde e qualidade de vida nesse segmento etário. Recolher o efeito da ação odontológica sobre o paciente é, segundo entendo, assumir que o termo “paciente” só pode ser usado no campo do humano como uma metáfora enganadora, já que seu uso pode adquirir o sentido de “passivo”. Minha proposta parte do pressuposto de que nesse campo está em causa uma dimensão complexa de corpo: um “para além do organismo” que nos obriga explorar, sempre, sua condição de sujeito.

Incluir o sujeito no âmbito de uma investigação científica é assumir o ônus da inclusão do singular na reflexão que se pretende encaminhar. Importa, nessa perspectiva, que o que resiste à homogeneização generalizante não deve ser apagado, mas sim, problematizado. Por isso, do ponto de vista

metodológico, procuro articular a abordagem quantitativa (que está em causa na avaliação objetiva das mudanças operadas pela intervenção odontológica) e a qualitativa (que me permite colocar em cena efeitos singulares dessa mesma ação).

Desse modo, o trabalho focaliza “a *saúde bucal do idoso assistido em domicílio*”, trazendo: (1) um perfil da saúde bucal desse segmento etário, atendido nessa condição específica (assistência domiciliária). Esclareço que, para realizá-lo, voltei a minha atenção tanto para a avaliação empreendida pelo dentista, quanto para a percepção de saúde bucal relatada pelo paciente e/ou cuidador; (2) uma análise qualitativa de respostas a perguntas realizadas em entrevista semi-estruturada com sujeitos atendidos por mim e/ou seus cuidadores. Nela, procurei escutar como eles representam esse processo que envolve as noções de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Em ambos os casos, a condição anterior e posterior à intervenção odontológica foi alvo de comparação. Outro aspecto relevante e considerado aqui concerne à avaliação do modo como eles (paciente/cuidador) vêem o atendimento odontológico que se realiza no domicílio e a importância que lhes atribui.

Levando em conta tais considerações, a reflexão encaminhada nesta dissertação foi organizada da seguinte maneira: no primeiro capítulo, trago uma revisão bibliográfica pertinente ao tema, explorando conceitos centrais sobre o processo de envelhecimento e a velhice nos discursos da Geriatria e da Gerontologia. Procurei, assim, explorar e explicitar a diversidade de “representações científicas”, relacionadas ao objeto de estudo em questão, com um duplo intuito: deixar ver o movimento da reflexão da área à qual este trabalho se filia e, ao mesmo tempo, seus possíveis efeitos sobre o imaginário daquele que experimenta a condição de velho (os pacientes-sujeitos) e/ou daqueles que são incluídos nesta problemática, pela relação que entretém com esses últimos (os cuidadores). É certo que, nessa empreitada, o foco esteve dirigido para abordagens odontológicas que problematizam a saúde bucal do idoso. Entretanto, explorei as conseqüências de concepções que se apóiam na dicotomia saúde x doença para significá-las, procurando mostrar que tais conceitos não são consensuais neste campo de estudos.

No segundo capítulo, o que está em causa é, especificamente, uma discussão que procura esclarecer:

(1) a configuração do espaço no qual essa pesquisa, do ponto de vista empírico, se realiza. Abordo, portanto, a constituição e funcionamento do Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Vale dizer que, antes disso, faço uma retrospectiva histórica, apoiada em Foucault, relativa à medicalização dos hospitais. Isso porque interessa à discussão identificar de que modo (e quando) os hospitais – espaços privilegiados no cuidado e promoção à saúde - se abriram à atuação de outros profissionais para a formação de equipes interdisciplinares (modo a partir do qual se estrutura o SAD);

(2) modos de abordagem da saúde bucal do idoso já realizados no âmbito do SAD. Trago à luz uma investigação encaminhada neste serviço - e da qual participei como pesquisadora - que deixou ver, do ponto de vista odontogeriátrico, o perfil da saúde bucal dos idosos ali assistidos.

No terceiro capítulo, a reflexão sobre saúde/doença e sua relação com o serviço de assistência à população é movimentada pela análise de dados coletados em pesquisa de campo. Nela, o foco está voltado para o "olhar" do dentista para a saúde bucal do paciente, bem como para a percepção da mesma relatada pelo paciente e/ou cuidador. Como já assinalado, a metodologia quanti-qualitativa orienta a interpretação oferecida. Levando em conta o debate em torno da questão que envolve a adoção desse ponto de vista para a área da saúde, tomo como ponto de partida o cruzamento das reflexões relativas a interpretação das culturas (CLIFFORD GEERTZ, 1989), a saúde bucal em idosos (DIAS, 2007; BRUNETTI, 2002; MELLO, 2005) e autopercepção da saúde bucal (BENEDETTI *et al*, 2007; REIS e MARCELO, 2006; SALIBA *et al*, 2007; TURATO, 2005).

Na conclusão, indico as possíveis contribuições deste trabalho para a discussão do objeto que dá vida ao campo da Gerontologia – a velhice - numa visão para além do biológico.



***A SAÚDE BUCAL
DO IDOSO ASSISTIDO EM DOMICÍLIO***



O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A VELHICE

1. O envelhecimento e a velhice: objetos de investigação científica

O aumento da população idosa no mundo é dado que chama a atenção de pesquisadores e gestores (públicos e privados), inclusive no Brasil. Os últimos dados estatísticos mostram que 7% da população brasileira (algo em cerca de 14.000.000 de habitantes) é idosa. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que, em 2025, esse número se encontre próximo de 33.000.000, o que representará 15% da população total do país. Alguns fatores, tais como, queda na taxa de fecundidade (e conseqüente diminuição da população jovem) e o declínio na taxa de mortalidade respondem por essa projeção, já que seu entrecruzamento produz, como efeito, o aumento da expectativa de vida: fenômeno que está em relação direta com o envelhecimento da população. Papaléo Netto (2007), em trabalho recente, nos coloca diante de números que indicam o fenômeno do envelhecimento na sociedade brasileira:

"o crescimento rápido do número de idosos é obviamente reflexo do aumento da expectativa de vida que, diga-se de passagem, vem ocorrendo em todas as nações do mundo, sejam estas desenvolvidas ou em desenvolvimento. Com efeito, no Brasil ela aumentou 20 anos desde 1950, atingindo hoje 68,4 anos e prevendo-se que até 2050 haverá um acréscimo de mais dez anos" (p.09).

Ao contrário dos países desenvolvidos onde o aumento da expectativa de vida resultou numa melhoria das condições de vida da população, o Brasil enfrenta uma realidade diferente:

“nos países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu gradualmente ao longo de um maior período de tempo, conseqüente a um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança foi brusca e despreparada” (PASCHOAL; FRANCO; SALLES; 2007, p.39).

Isso significa que o Brasil não está devidamente estruturado - em termos de políticas públicas - para enfrentar o desafio da longevidade. Assim, as alterações bio-psico-sociais associadas ao envelhecimento repercutem e criam demandas que, sem permitir demora, necessitam ser acolhidas e geridas nos campos social, político e/ou econômico, em todos os segmentos, especialmente no campo da saúde. Para que o país se estruture frente a essa nova realidade, é necessário conhecer melhor esta população. De fato, o caminho que parece ser o mais consistente para que se cumpra tal intuito, é a realização de estudos, cujo objetivo seja:

"obter o perfil da população idosa e caracterizar os recursos existentes para atendimento de idosos, visando a apreender, em maior profundidade, a percepção do velho, sua condição de vida, suas aspirações e necessidades" (CÔRTE; MERCADANTE; ARCURI, 2005, p.03).

Os profissionais que atuam, seja na área da Geriatria, seja na da Gerontologia, enfrentam o desafio de investigar e entender as variações que ocorrem na idade avançada, tanto as de natureza biológica, como as psico-sociais. Compromisso que envolve uma relação intrínseca entre teoria e prática (intervenção de natureza clínica e não-clínica). Nessa perspectiva, a Gerontologia se constitui como:

“campo do saber em construção que estuda o envelhecimento e analisa a influência nos indivíduos e seus efeitos nas mudanças da sociedade, a partir das interfaces entre os saberes e mitos constituídos e os saberes e significados dos próprios idosos, sujeitos coletivos de novos processos sociais (idem, p. 03).

Segundo Papaléo Netto (2007), este campo de estudo é paradoxalmente jovem, ela teria atingido, em pouco mais de duas décadas, posição jamais alcançada em uma centena de anos. Na ótica do autor, a ciência do envelhecimento:

"tem sob si a responsabilidade de ser o centro do qual emanam, suas ramificações – gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria – que, em conjunto, atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas conseqüências" (p. 31).

Deve-se ter em conta que as primeiras pesquisas neste campo de estudos aparecem, no Brasil, por volta de 1970. Para além de colocar em foco o significado do que é "ser velho" (e, portanto, enfrentar a problemática que envolve o processo de envelhecimento e a velhice), as investigações realizadas têm contribuído para (1) melhorar a elaboração de políticas públicas e privadas que, direta ou indiretamente, se encontram vinculadas ao contingente populacional idoso, bem como (2) reorganizar modelos assistenciais existentes. Na verdade, se o processo inicial tem essa dupla marca (reflexiva e ativa), o que se espera é que tais estudos promovam, cada vez mais, mudanças significativas em todos os setores que envolvem a questão do envelhecimento. Segundo Veras, o que se tem testemunhado “são mudanças fantásticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para este crescente contingente populacional (VERAS, *apud* VERAS e CALDAS, 2004, p. 424)”. Note-se, portanto, que uma das expectativas centrais de desdobramento do empreendimento científico é a de fornecer caminhos para que se possa promover uma vida com mais qualidade à população idosa brasileira. Como

veremos a seguir, isso coloca em pauta a necessária discussão que envolve o par saúde/doença e sua relação com o processo de envelhecimento e a velhice.

1.1 Envelhecimento e velhice: a dicotomia saúde/doença nos dizeres da Geriatria

A Geriatria é um ramo da medicina que está voltada para as questões médicas do envelhecimento, incluindo prevenção e tratamento de doenças. Para melhor entendê-la, é interessante voltarmos um pouco à sua origem. Foi nos meados do século XIX, que se iniciou o processo de delineamento específico desse campo teórico-clínico. Vale dizer que, nessa época, entretanto, tal nomeação ainda não referia oficialmente a “nova” área de estudos. Nessa história de constituição, Beauvoir (1970/1990) chama a atenção para o fato de que a Salpêtrière – um asilo francês que abrigava oito mil doentes, entre os quais de dois a três mil eram velhos – pode ser considerada como o núcleo da primeira instituição geriátrica do mundo. Segundo ela, foi nesse espaço que Charcot – iminente neurologista francês - fez seus estudos e realizou várias conferências sobre a velhice, publicadas em 1866. A autora assinala a importância da investigação conduzida por ele, e por efeito de suas hipóteses, o surgimento de uma grande preocupação com as “doenças dos velhos” e a exigência de se elaborar programas de tratamento adequados e específicos dirigidos a essa faixa etária. Não é sem razão, portanto, que no final do século XIX e início do século XX, tenham se multiplicado o número de pesquisas envolvendo a problemática do envelhecimento e da velhice.

Nessa época, um estudante de medicina americano, Nascher, se deixou tocar pela questão, ao visitar um asilo, acompanhado por seu professor e um grupo de estudantes. Nessa visita, ouviu uma senhora queixar-se de diversas perturbações e a explicação que lhe ofereceu o professor, segundo ele, elas eram consequência de sua “idade avançada”. Nascher teria indagado o mestre sobre “o que se pode, então, fazer nesse caso?” O professor teria respondido:

“nada!” O estudante de Medicina teria ficado tão impressionado com a resposta do mestre que se motivou a estudar sistematicamente o processo de envelhecimento, a senescência. Empreendimento que o levou a criar um ramo específico de estudos no âmbito da Medicina: a Geriatria. Data de 1909 a publicação de seu primeiro programa de investigação e, de 1912, a de uma fundação voltada para tal: a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque. De acordo com Beauvoir, em 1914, ele publicou um livro sobre a mesma questão.

De lá para cá, a Geriatria construiu um saber específico sobre o processo de envelhecimento e, conseqüentemente, sobre a velhice que, eu me arrisco a dizer, pode ser trazido à luz, se nos detivermos no par articulado de conceitos referidos como senescência e senilidade. Como assinala Groisman (2002), antes de Charcot, os médicos não viam os velhos como uma categoria separada de pacientes. Isso quer dizer que a idade do paciente não interferia de maneira significativa, quer na realização do diagnóstico, quer na proposição de uma terapêutica. Assim, não existia uma clínica específica para tratar idosos. Foi a partir das hipóteses estabelecidas pelo neuro-anatomista francês, e seus seguidores, que a equação doença = velhice ganhou relevo no campo teórico-clínico da Medicina.

Nessa perspectiva, diz o autor, o adoecimento passou a ser entendido como algo “esperado e inevitável” na etapa da vida denominada velhice. Isso porque, o postulado central da perspectiva instaurada por Charcot, implicava a idéia de que “o indivíduo velho era incapaz de sustentar o equilíbrio vital entre o corpo e o ambiente” (GROISMAN, 2002, p. 69). Índice de que a velhice seria uma etapa vital que, tanto do ponto de vista anatômico, como fisiológico, comportaria especificidade. Nessa ótica, o processo de envelhecimento deveria ser abordado como um “processo de morte”, ou seja, de “deterioração de tecidos”. Parece pertinente, então, a questão colocada por Groisman: se o envelhecimento é um processo normal de degeneração/degradação anatomo-fisiológica e, no interior dessa lógica, espera-se que a velhice seja um amontoado de doenças, como definir o que é normal e o que é patológico na velhice?

A oposição normal x patológico constitui, como se sabe, um modo outro de referir a dicotomia saúde x doença e, não posso deixar de notar que senescência e senilidade desdobram-se dessa polaridade para referir o

envelhecimento e a velhice. Afinal, o termo “senescência” refere, na literatura da área, o processo "natural" de envelhecimento, aquele caracterizado por mudanças fisiológicas que se impõem ao avanço da idade, mas que não interferem na qualidade de vida do ser humano. Neste processo, a saúde física e mental estaria preservada, bem como a manutenção da “*autonomia*, que é a capacidade de decisão, de comando, e da *independência*, que é a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios” (PASCHOAL, 2007, p.616). Note-se que o que está em jogo na senescência é a manutenção de uma solução funcional em relação ao meio. Em outras palavras, há preservação do exercício normal das atividades cotidianas (laborativas, culturais, educacionais e de lazer, entre outras), mesmo em face à especificidade (degeneração) que envolve o processo de envelhecimento.

Já “senilidade” é termo que faz referência ao processo de envelhecimento patológico, ou seja, associado à presença de doenças (físicas ou mentais), entre as quais ganham destaque, as demências, a hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes méllitus*, a depressão e as seqüelas de acidente vascular encefálico (afasias e perturbações motoras e/ou sensoriais). Ao incidir no processo de envelhecimento, elas podem levar a limitações das funções orgânicas que interferem na autonomia e/ou na independência, seja de forma discreta, moderada ou até mesmo avançada, prejudicando a realização das atividades de vida diária, o convívio familiar e a integração social. Nesse caso, a especificidade anátomo-fisiológica joga suas cartas, comprometendo a qualidade de vida.

Como se vê, à normalidade e patologia estão associados os conceitos de senescência e senilidade. Assim, volto o foco desta discussão, para a problematização da oposição saúde x doença porque ela está na base do discurso geriátrico sobre o envelhecimento e a velhice. Início pela consideração de que a OMS (Organização Mundial da Saúde) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS, 2005). Se muitas críticas foram realizadas a tal concepção – principalmente no que diz respeito ao fato de que a saúde plena é inatingível¹ - não se pode deixar de reconhecer que o termo “bem-estar” coloca a subjetividade definitivamente na pauta das discussões sobre saúde e doença.

¹ Para uma discussão mais verticalizada, ver Reis e Marcelo (2006).

É nessa linha que se desenvolve a reflexão crítica realizada por Canguilhem (1966/2000) que, é preciso dizer, oferece uma nova abordagem da dicotomia normal x patológico. Segundo ele,

"um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio. Em relação a qualquer outra forma da qual se afasta, esse ser vivo é normal, mesmo se for relativamente raro, pelo fato de ser *normativo* em relação a essa forma, isto é, desvalorizando-a antes de eliminá-la" (p. 113).

Note-se que, nessa afirmação, introduz-se o conceito de *normatividade* na discussão sobre saúde e doença. Tal conceito é uma referência ao fato de que o organismo tem uma capacidade de reação – de valor hedônico – aos inúmeros perigos que ameaçam a vida. Esse esforço espontâneo de defesa traduz-se, portanto, como capacidade de resistência à destruição, à morte. Viver é, portanto, “ser normativo”. Nesse sentido,

“o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (idem, p.158).

Nessa ótica, “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. [...] a doença consiste numa redução [dessa] margem de tolerância” (idem, p.159). Portanto, saúde e doença configuram a polaridade dinâmica que marca o processo vital. A doença não é a negação da saúde: ela é um estado qualitativamente diferente, ainda uma norma de vida, mas norma inferior. Isso significa que "o patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida" (idem, pgs. 113-114). São as possibilidades de reações individuais que se oferecem, então, como guia regulador dos estados de saúde e doença. Isso equivale a dizer que estar em boa saúde não significa necessariamente não ficar doente, mas, pode ficar

doente e se recuperar. Tal possibilidade é referida por Canguilhem como “luxo biológico” (p. 160).

Entendo, ainda, que a discussão encaminhada pelo médico-filósofo comporta originalidade – para além da já referenciada – na medida em que introduz uma exigência ao campo das ciências da saúde: reconhecer que o corpo do ser humano não se limita a seu organismo e que, como ele mesmo afirma, é preciso ir “além do corpo [...] para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (idem, p. 162). Quando se usa a expressão ‘além do corpo’, naturalmente inclui o que nele habita: o sujeito. Sabemos que não pode haver doença sem doente, pois [...] “a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças (idem, p. 69)”.

De fato, reconheço a complexidade que envolve a discussão sobre saúde/doença e entendo que, como clínica e pesquisadora, a mim se impõe um desafio, a saber: qual o limite preciso entre o término da saúde e o início da doença? Até onde podemos considerar que o sujeito está dentro de uma normalidade ou de uma patologia? Segundo o autor, talvez fosse bom considerar que “a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (idem, p.145). De forma que, onde termina a saúde e começa a doença, dependerá da margem de tolerância de cada sujeito. E é preciso que se diga,

“em última análise, são os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo, [...] voltar a ser normal significa retornar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio” (idem, p. 91).

A literatura médica até considera que existem diferentes limiares de tolerância entre os indivíduos, ou seja, que há diferenças individuais no que concerne o processo de envelhecimento. Mas, isso não a impede de abordá-lo a partir dos conceitos de senescência e senilidade, em cuja base está o par

saúde/doença. Se levamos em conta a reflexão de Canguilhem, podemos dizer que a senilidade configura uma condição vital inferior, limitada. Certamente, isso nos obriga a entender o que é “ser velho” quando a normatividade biológica é inferior. O que decididamente não equivale a dizer que a velhice é um amontoado de doenças.

É importante que se leve em conta, também, que não é só o estado do corpo fisiológico que responderá por um processo de senilidade, mas também, a do corpo subjetivado. Aranha (2007) alerta para o fato de que “as perdas de papéis ocupacionais, bem como as perdas afetivas, comumente presentes na velhice, podem provocar elevação no grau de ansiedade dos idosos e, conseqüentemente, aumento de patologias clínicas” (p. 262). Afirmações que exigem que se considere que na esfera do ser humano a polaridade vital – saúde x doença – está atrelada a uma dupla dimensão de corpo – orgânico e simbólico. Talvez esteja aí anunciado um caminho para o enfrentamento do paradoxo – o que é normal e o que é patológico na velhice? – indicado por Groisman.

1.2 Envelhecimento e velhice nos dizeres da Gerontologia: o bio-psico-social

Ao lado da Geriatria, desenvolveu-se a disciplina que hoje chamamos de Gerontologia, mas, diferentemente da primeira, seu olhar não está voltado para as patologias da velhice e, sim, para:

“a descrição e a explicação das mudanças típicas do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos e socioculturais. Ela está voltada também para o estudo das pessoas idosas, de várias experiências da velhice e do processo de envelhecimento, presente em diferentes contextos socioculturais e históricos” (PAPALÉO NETTO; YUASO, 2007, p.150).

A ampliação do objetivo de investigação sobre o envelhecimento e a velhice, introduzida pelos estudos gerontológicos, tem relação com o confronto dos pesquisadores com dados demográficos (e as questões a eles subjacentes) que indicavam um aumento significativo da população idosa nas sociedades européia e americana, na primeira metade do século XX. A título de exemplo, pode-se lembrar que entre 1900 e 1930, assistiu-se, nos Estados Unidos, à duplicação do número de pessoas idosas; fato que se repetiu entre 1930 e 1950. Tal constatação chamou a atenção para o segmento populacional idoso, despertando interesse pela investigação aprofundada e metódica (pesquisas científicas) dessa ocorrência, principalmente levando-se em conta os problemas (ligados à organização social e outros) que ela acarretou.

Nessa perspectiva, Beauvoir (1970/1990) reconhece dois marcos iniciais ligados à constituição desse campo, quais sejam: a publicação pela Universidade de Chicago, em 1959 e em 1960, de três tratados de extrema importância sobre a velhice² e, paralelamente, em 1958, a criação da Sociedade Francesa de Gerontologia. Na mesma época, em 1961, foi fundada, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que, primeiramente, recebeu o nome de Sociedade Brasileira de Geriatria³.

Se a literatura da área médica geriátrica entende o processo de envelhecimento como um fenômeno biológico marcado por declínios irreversíveis (tanto físicos, quanto mentais), ela também reconhece que ele não necessariamente ocorre da mesma forma para todos: entre sujeitos com a mesma idade cronológica, há variação individual. Por isso, "há que se ter visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos" (PAPALÉO NETTO, 2007, p.03). Nessa perspectiva, afirma Vieira (2004):

"essas variações são, em parte, geneticamente determinadas, mas também são influenciadas pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pelo estado nutricional de cada um. Portanto, o envelhecimento deve ser entendido em

² Beauvoir não identifica no texto em questão quais seriam cada um desses tratados.

³ Com o decorrer do tempo, a prática geriátrica reconheceu a necessidade de se trabalhar de forma interdisciplinar, o que acarretou, em 1969, o acréscimo da palavra Gerontologia à designação da referida Sociedade.

sua totalidade, isto é, em sua dimensão psicológica, biológica, social e existencial". (p.116).

Conclui-se, no campo da Gerontologia, que para entendermos melhor o que está em jogo no processo de envelhecimento (e, conseqüentemente, na velhice) é necessário analisá-lo para além de sua dimensão biológica:

"a velhice, se analisada somente como sendo uma questão biológica, não revela o seu lado social. Ela, além da sua especificidade biológica, localiza-se em uma história e insere-se num sistema de relações sociais. Assim, as variáveis históricas e socioculturais, particulares de cada sociedade, são as que fundamentam e entram para a composição e explicação da variável *velhice biológica*" (MERCADANTE, 2005, p. 27).

Não se trata, portanto, de descartar a questão biológica, mas de relançá-la na discussão, assumindo que ela é um entre outros fatores a determinar a condição vital/existencial na esfera do ser humano. Nessa mesma linha de raciocínio, entende-se que "é preciso levar em conta que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para o outro, de uma geração para a outra e de uma sociedade para a outra" (UCHÔA *et al*, 2004, p. 26). Deve-se concluir, a partir dessas afirmações, que "há velhices". Isso porque sob o rótulo velhice, abrigam-se diferentes modos de vivenciá-la. Fato que nos remete imediatamente à exigência de considerar, nos estudos gerontológicos, a marca de singularidade que se impõe à velhice. Pelo fato do idoso ser único, do ponto de vista subjetivo, é que cada um deles pode dizer/viver a velhice de uma maneira diferente.

Nessa perspectiva, chama atenção que, principalmente nos estudos que avaliam a autopercepção da velhice, os discursos oscilem entre dois extremos (ainda que se possa apreender uma tendência dominante). Isso significa que duas representações insistem no discurso sobre a condição de ser velho: uma **visão negativa** - a velhice como algo destrutivo, marcada por degeneração, fracassos, impotência e sofrimentos - e uma **visão positiva** - em que ganhos resultantes das experiências vividas são enfatizados, bem como a sabedoria

adquirida ao longo dos anos vividos. Nessa última, o que prevalece é a representação de que cada etapa vital tem a sua beleza e a sua importância.

Entendo que tal oscilação é a marca que, ainda hoje, circunscreve os discursos científicos sobre o processo de envelhecimento e a velhice. Como afirma Dourado (2006), “a velhice é ainda representada como um tempo que traz medo e ansiedade, e os sintomas decorrentes desses sentimentos são a negação e a repressão do envelhecer” (p.13). Note-se que perceber-se “velho” pode ter como consequência o despertar de sentimentos cujo efeito primeiro é o da negação da velhice. O que se apaga, muitas vezes, tanto para os estudiosos quanto para os sujeitos, é o fato de que as mudanças que incidem no processo de envelhecimento – inclusive as de natureza fisiológica – parecem reclamar, em consonância com a novidade introduzida por Canguilhem, que se considere o processo vital como um processo dinâmico e, mesmo em meio a regularidades, diverso.

Então, se a velhice é, nos dizeres da Geriatria, a “etapa da vida que se segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do homem, em razão do passar dos anos” (VIEIRA, 2004, p. 319), ela é, no âmbito da Gerontologia, entendida no entrecruzamento do vital com o existencial. É essa a direção indicada pela reflexão encaminhada por Mucida (2004):

“a velhice enquanto categoria social não diz nada a respeito de cada sujeito. Dizer que uma pessoa tem 60,70,80 ou mais anos, mesmo que isso nos dê algumas indicações relativas aos possíveis aspectos corporais, fisiológicos ou mesmo sociais, não indica como cada sujeito vivencia tais inscrições a partir de seus traços e o particular de sua história” (p. 28).

Uma das imagens que a sociedade moderna sustenta sobre o processo de envelhecimento e a velhice aniquila qualquer aspecto positivo a ela relacionado, tornando-se um espaço de proliferação de conceitos errôneos relativos à juventude, que se apóiam em noções, tais como, aparência física, ideal de beleza, corpo perfeito. Nessa ótica estigmatizada, a juventude é vista como um bem a ser eternizado e a velhice, um mal a ser evitado. A noção de "terceira idade", por sua vez, tem disseminado uma outra imagem de velho no

interior dessa mesma sociedade. Uma imagem que "associa o velho e a velhice não à morte e à desesperança, mas a um processo de vida, que é natural, único e que expressa a singularidade de cada ser humano" (SANTANA ; SENA, 2003, p. 52).

Pode-se, então, considerar que essa última representação da velhice procura desestabilizar dicotomias que se abrigam sob a polaridade jovem x velho, tais como: bonito x feio, produtivo x improdutivo, saudável x doente, e tantas outras. Entretanto, não se pode dizer que tal perspectiva tenha cumprido inteiramente seu propósito. Talvez isto ocorra porque ao lado da associação inequívoca entre velhice e doença/invalidez circule, ao mesmo tempo, o ideário de velhice saudável que, desde a década de 60, está atrelado à expressão 'terceira idade'. Nele, "saúde" está mais em acordo com a idéia de *normatividade* do que com a de "ausência de doença". Essa é, do meu ponto de vista, uma das razões pelas quais o campo da Gerontologia tem reconhecido que a introdução da noção de "terceira idade" é uma das maiores transformações porque passou a história da velhice:

"de fato, a modificação da sensibilidade investida sobre a velhice acabou gerando uma profunda inversão dos valores a ela atribuídos: antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo, passa a significar o momento de lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, *hobbies* e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família" (SILVA, 2008, p.161).

Examinando as considerações feitas até aqui, pode-se concluir que fazer da velhice um objeto de investigação científica exige que se leve em conta sua dimensão vital e existencial e para, além disso, que tal "concepção varia no tempo e no espaço (CONCONE, 2005, p.136). O que me parece que não muda é a exigência de que, quando se fala em velhice, se tenha que problematizar a polaridade saúde x doença que se inscreve no processo vital/existencial. É nessa medida que se deve entender a questão-problema que elegi discutir neste trabalho: a saúde bucal de idosos na sociedade brasileira ou, mais especificamente, no micro-universo sócio-cultural representado pelos pacientes

assistidos pelo SAD-HSPMSP. Sigo, portanto, a direção indicada por Canguilhem e pelos estudos gerontológicos que reconhecem a necessidade de se incluir as condições sociais e o sujeito no âmbito desta reflexão.

2. A Odontogeriatría e a especificidade da saúde bucal no processo de envelhecimento e na velhice

A Odontogeriatría é a área que, no âmbito da Odontologia, está voltada para o atendimento de pacientes idosos. No Brasil, essa nova especialidade só foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia em 2003. Cabe esclarecer que, embora a sua nomeação sugira a integração entre as áreas da Medicina (Geriatría) e da Odontologia, sua articulação teórico-clínica tem, cada vez mais, se deixado influenciar pelos pressupostos da Gerontologia não-médica. Digo isso porque aspectos fisiológicos do envelhecimento são apenas um dos fatores a compor a visão integrativa do especialista. Visão que procura incluir no *rol* de questões que interessam à reflexão e, porque não dizer, à prática clínica, a representação que o idoso tem do processo de envelhecimento e, conseqüentemente, sua posição frente à própria condição de velho.

Se, como assinaléi anteriormente, na definição de saúde da OMS há abertura para a inclusão da subjetividade na reflexão sobre saúde e doença, a marca que se imprime na concepção de saúde bucal, configurada na 1ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é, prioritariamente, social:

“a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (BRASIL, 1986).

Na base dessa definição está, portanto, a ênfase na qualidade que se imprime à relação indivíduo x meio (natural/sócio-cultural). Ela assinala, sem dúvida alguma, a necessidade de se levar em conta o valor que uma sociedade

dá à vida para se chegar mais perto da qualidade de vida que os indivíduos sustentam nesse meio específico. Dito de outro modo: essa definição está baseada na idéia de que as diversidades sociais jogam um papel na configuração dos estados de saúde de uma dada população, numa dada conjuntura. Afinal, essa outra ponta - o meio - pressiona e exige a reação de defesa do organismo (a que se referiu Canguilhem), seja no que concerne à saúde geral, seja no que diz respeito especificamente à saúde bucal. Isso porque, se no processo de envelhecimento dois caminhos se apresentam, cabe indagar como senescência e senilidade comparecem na discussão sobre saúde bucal. Esclareço, de antemão, que a reflexão é específica, já que está em causa o sistema estomatognático⁴. Vejamos, então, de que modo ele se apresenta, levando em conta alterações normais e patológicas, ao longo do processo de envelhecimento. Para tal, me apóio em Dias (2007).

2.1 Alterações do sistema estomatognático na senescência

Com o avanço da idade, **os dentes** tornam-se mais escuros, as tonalidades variam para o amarelo, castanho ou cinza. Isso ocorre devido a mudanças nas características de uma estrutura do dente chamada dentina, que ao longo do tempo sofre calcificações progressivas. Convém mencionar que a pigmentação extrínseca causada por alimentos (ex. café) ou por certos hábitos (ex. tabagismo), pode ter, também, alguma influência na alteração da cor dos dentes.

Outra mudança visível nos dentes está vinculada à ocorrência de desgastes (em grau variável) na face de mastigação (chamada de “incisal” nos dentes anteriores, e “oclusal”, nos dentes posteriores). Esse processo resultará na diminuição da altura dos dentes. Tipos de alimentos e força individual de mastigação podem influenciar o grau desse desgaste.

⁴ Sistema constituído por tecidos da cavidade oral: ossos, músculos faciais e mastigatórios, nervos, vasos sanguíneos, articulação têmporo-mandibular, dentes, periodonto, mucosas, língua e glândulas salivares.

Uma outra mudança, visível apenas através radiografias, diz respeito ao aumento da espessura da raiz dos dentes. Isto acontece devido à aposição contínua de cimento⁵ na raiz do dente ao longo da vida. Segundo Dias, a espessura do cimento da área apical chega a triplicar quando se atinge a idade de 70 anos. Este é, portanto, um mecanismo que compensa o desgaste oclusal e incisal que, como vimos, acontece o passar dos anos (LASCALA; MOUSSALLI, 1999 *apud* DIAS, 2007, p. 538).

Vale chamar a atenção, também, para o fato de que, no idoso, a percepção da dor pode se encontrar alterada devido a um aumento de limiar, produzindo uma **sensibilidade dolorosa reduzida**. Quando se leva em conta os dentes, deve-se atentar para o fato de que calcificações progressivas na dentina podem levar à obliteração dos túbulos dentinários (canais condutores de fluído, localizados na dentina) e, conseqüentemente, à diminuição de sua permeabilidade e da luz dos túbulos. Assim, a transmissão de estímulos se lentifica e há diminuição da percepção dolorosa (principalmente após os 60 anos).

Essa redução também está ligada ao fato de que a polpa ou câmara pulpar (espaço interno do elemento dentário) é bem volumosa nos dentes jovens e, ao contrário, diminuída e, às vezes, totalmente obliterada nos dentes de idosos, em função da deposição de dentina secundária durante a vida de um dente normal. Porém, não podemos deixar de levar em conta a reação individual de cada sujeito, pois existem experiências odontológicas vivenciadas por cada indivíduo ao longo de sua vida, o que pode tornar o indivíduo mais ou menos susceptível à dor.

É bom lembrar, ainda, que uma certa **retração gengival** também pode ocorrer com o passar dos anos, embora muitas vezes o periodonto (estruturas de sustentação dos dentes) não apresente alteração em função da idade.

A **mucosa bucal** pode se apresentar mais fina e menos elástica, tornando-se mais sensível a traumas. É comum idosos apresentarem úlcera traumática “afta” após uma escovação feita com força, ou mesmo por trauma causado por uma dentadura.

Há também uma pequena **diminuição da quantidade de saliva**, devido à atrofia de algumas glândulas salivares causando um leve ressecamento

⁵ Estrutura externa que compõe a raiz do dente.

bucal: queixa muito comum entre idosos, porém, nada que interfira na sua rotina diária.

A **gustação** pode se apresentar alterada quanto ao doce, salgado, amargo e ácido. Isso ocorre devido à redução dos corpúsculos gustativos nas papilas circunvaladas presentes na língua. As papilas filiformes podem se apresentar atrofiadas, conferindo à língua um aspecto liso. Presença de varizes linguais no ventre da língua é, também, um achado muito comum em idosos, principalmente naqueles que apresentam varizes em membros inferiores.

Nos casos de idosos que não possuem mais os dentes, poderá ocorrer uma pequena diminuição do **osso alveolar** (osso que dá o suporte aos dentes), tanto em altura quanto em espessura.

Vale ressaltar que as alterações mencionadas acima são alterações fisiológicas, ou seja, ocorrem naturalmente com o processo de envelhecimento. Porém, este processo poderá ser acompanhado por doenças (que serão descritas a seguir), tornando-o patológico ou senil. Convém mencionar que os distúrbios que descreveremos abaixo podem não ser exclusivos de pessoas idosas. Entretanto, como assinala Dias (2007), a prevalência maior se encontra nesta população e, como os sujeitos desta pesquisa são idosos, entendo que um breve esclarecimento neste sentido precisa ser realizado.

2.2 Distúrbios orais na senilidade

A presença de **desgaste dentário excessivo** é um quadro comum em idosos, mas não faz parte de um processo fisiológico, geralmente é devido ao bruxismo - que consiste em ranger de dentes durante o sono -, condição patológica que responde, então, pela chamada **atrição dentária**.

As doenças bucais denominadas respectivamente de **cárie, gengivite e periodontite**, são causadas por bactérias presentes na placa bacteriana e restos de alimentos. Elas fazem parte de processos patológicos que atingem idades variadas, porém se intensificam nos idosos, tanto pela diminuição da higiene bucal, que pode ocorrer - entre outros fatores - por perda da habilidade

manual que alguns possam apresentar, como também pela redução do fluxo salivar.

Essas doenças são as causas mais comuns da **perda de dentes**. Quando esse processo de perda dental vai se repetindo ao longo dos anos, o edentulismo (ausência de dentes) se apresenta como um quadro vinculado à velhice. A ausência dentária reduzirá a dimensão vertical, que consiste na altura que vai desde a parte inferior do nariz até o final do queixo, podendo causar um **deslocamento da articulação têmporo-mandibular** (localizada à frente do ouvido), articulação que comanda a abertura e o fechamento da boca. Em função disso, o paciente pode sentir desconforto ou dor.

A perda de um dente pode produzir a seguinte conseqüência: o dente antagonista sai do seu alvéolo (loja óssea), o que lhe confere o aspecto de “dente crescido” e, parte da raiz se encontra descoberta e exposta ao meio bucal (Dias, 2007). Esse quadro, se somado a redução do fluxo salivar e à higiene bucal deficiente, poderá resultar na formação do que chamamos de **cárie de colo** (cárie localizada na raiz do dente, próximo à gengiva) que, segundo Jitomirski (2001) *apud* Brunetti Montenegro (2002), é muito freqüente na população idosa, chegando a atingir 70% das pessoas acima de 60 anos.

Vale dizer, ainda, que há fatores que interferem na diminuição fisiológica do fluxo salivar, causando um grave ressecamento bucal (**xerostomia**), são eles: uso de medicações sistêmicas (antidepressivos, anticolinérgicos, anti-hipertensivos, etc), amplamente utilizadas por idosos; radioterapia de cabeça e pescoço; Síndrome de Sjögren; desidratação e etc. É pertinente lembrar que a saliva tem propriedades de extrema importância, quais sejam: remineralização dos dentes, lubrificação e proteção dos tecidos bucais, presença de enzimas, presença de anticorpos que controlam a proliferação de fungos e bactérias e efeito tampão - aumento do pH (potencial Hidrogênico) - neutralizando a saliva. Todos esses benefícios se encontram prejudicados com a diminuição acentuada da saliva. Cabe ressaltar que este processo poderá dificultar a deglutição dos alimentos, como também interferir na retenção de uma dentadura (prótese total), que depende também da saliva para se fixar.

Outro problema comum entre idosos é a halitose, ou “**mau hálito**”: condição anormal do hálito que o torna desagradável tanto para o paciente como para as pessoas com as quais ele se relaciona. De acordo com Tárzia

(1996), este problema pode levar à restrição social, pois o sujeito evita falar de perto com as pessoas, em função do quadro apresentado. Suas causas mais comuns são: higiene bucal precária, gengivite, periodontite, cárie e saburra lingual. A **saburra lingual** se apresenta como uma placa esbranquiçada ou amarelada situada no dorso da língua e é composta por células epiteliais descamadas, resíduos alimentares e microorganismos. Convém ressaltar, que a diminuição da saliva - freqüente em idosos - favorece a formação de saburra lingual. Os estudos realizados por Mello (2005) mostram que ela é responsável por aproximadamente 90% dos casos de halitose.

Entende-se no âmbito da Odontogeriatrics que o conhecimento das especificidades do processo de envelhecimento (fisiológico ou patológico), quando se volta o olhar para a saúde bucal, é de fundamental importância para a prática clínica. Mas, como se viu, esse conhecimento não chega propriamente a problematizar o papel do meio social, ou mesmo das sutilezas subjetivas, na determinação das mudanças que se manifestam com o envelhecimento: o enfoque é primordialmente organicista. Reitero, porém, que não podemos deixar de levar em conta, numa reflexão que se inscreve no campo da Gerontologia Social, que: (1) "condições sociais tanto quanto fisiológicas" (HALBWACHS *apud* CANGUILHEM p. 127) estão em causa no processo vital/existencial e mais ainda, que (2) "o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo" (CANGUILHEM, 2000:162).

É para dar um passo nessa dupla direção que trago, no próximo capítulo, uma discussão que envolve o surgimento, medicalização e abertura dos hospitais para intervenção interdisciplinar na área da saúde. Parto daí, porque esta pesquisa foi motivada pelas questões suscitadas no atendimento domiciliar a idosos, configurado, entretanto, no *rol* de serviços oferecidos/prestados por um hospital público. Como diz Foucault (1994), o hospital é uma instituição médica que resulta da espacialização social da doença, ou seja, do "conjunto dos gestos pelos quais a doença, em uma sociedade, é envolvida, medicamente investida, isolada, repartida em regiões privilegiadas e fechadas, ou distribuída pelos meios de cura, organizados para serem favoráveis" (p. 16). Foucault coloca em relevo, como veremos, a idéia de que a espacialização institucional da doença está historicamente relacionada, de um lado, com a necessária assistência social (no que concerne à saúde) às classes menos

favorecidas e, de outro, com as práticas de exclusão, realizadas por grupos sociais, para se proteger da morte.

Ainda no segundo capítulo, incluo um estudo epidemiológico, realizado no âmbito do hospital público a que fiz referência, que coloca em relação saúde bucal e envelhecimento. A razão dessa inclusão está assentada no reconhecimento de que, pela via da epidemiologia, se procura relacionar o biológico ao contexto social. Esse empreendimento, do qual participei como pesquisadora, é trazido à luz pelo “resto” de inquietação que dele emergiu. Inquietação que diz respeito ao meu reconhecimento de que importa, ao debate sobre à minha prática clínica, ampliar a visão, incluindo as representações que os idosos fazem da saúde bucal e os efeitos de mudança promovidos pela intervenção odontológica. Este é, portanto, o passo que dou no terceiro capítulo.

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA AO IDOSO FRAGILIZADO

O serviço de assistência à saúde do idoso que será focalizado neste capítulo (Serviço de Assistência Domiciliária) é realizado por uma equipe interdisciplinar e desenvolve-se no âmbito de uma instituição pública hospitalar, porém, para além do seu espaço físico: o domicílio. Essa peculiaridade e reconfiguração do atendimento hospitalar foi motivada por inúmeros fatores que, como veremos adiante, estão em relação entre si, quais sejam: "problemas" administrativo-financeiros (políticas públicas), subjetivos e sociais. Para abordarmos as especificidades que estão em jogo nesse modo de "cuidar" da saúde do cidadão-sujeito idoso, considere importante, como já assinalado, realizar uma retrospectiva histórica, na qual se pudesse esclarecer como, porquê e quando os hospitais se abriram para (1) uma proposta de atendimento cuja realização é feita "extra-muros"; (2) profissionais de outras áreas - que não apenas da Medicina -, propiciando a formação das equipes interdisciplinares.

A seguir, apresento o modo como se estrutura o serviço e o trabalho em equipe no Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, *locus* da realização de uma pesquisa epidemiológica que envolve saúde bucal de idosos e, também, desta dissertação.

1. O hospital: sua constituição como espaço terciário (social) de distribuição da doença

Quando, no século XXI, pensamos em “hospital”, temos a certeza de que ele é um espaço terapêutico e, portanto, um lugar privilegiado para a intervenção sobre a doença e, conseqüentemente, sobre o doente. Mas, deve-se perguntar desde quando ele se instituiu enquanto tal, já que até a Idade Média não era essa a sua configuração. Segundo Foucault (1979), nesse período, o trabalho realizado nos hospitais tinha como objetivo primordial “a salvação da alma”. Por isso, “caridade” e “indulgência” eram os termos que definiam a ação daqueles que acolhiam, além de doentes, peregrinos. Foi no final do século XVIII (em torno de 1780) que tais espaços começaram a se estabelecer como instrumentos terapêuticos reais. Mudança que tem relação com as denominadas “viagens-inquérito”, ocorridas entre 1775 e 1780, na Europa, entre as quais se destacam a do inglês Howard e a do francês Tenon. Ambos estavam incumbidos de visitar hospitais europeus para observá-los sistematicamente, compará-los e realizar uma “descrição funcional da sua organização médico-espacial”⁶. O inquérito conclusivo dessas viagens deveria delinear uma “fórmula do bom hospital” para fundamentar um programa de reforma e reconstrução do atendimento hospitalar na Europa. Essa exigência de “reformulação” tem relação com o reconhecimento do Estado de que “os hospitais não curavam tão bem quanto deviam” (FOUCAULT, 1979, p.101).

Assim, na Europa da Idade Média, o hospital não era concebido para curar e a Medicina era, essencialmente, uma prática não hospitalar. Também é preciso assinalar que, antes do século XVIII, a instituição hospitalar era espaço de separação e exclusão já que sua função básica era recolher pobres doentes com o objetivo de proteger os demais do perigo de contágio. O seu personagem central era, então, o pobre moribundo que necessitava de assistência material e espiritual. Não é sem razão que o hospital, nesta época, era referido como “morredouro”, tendo em vista sua desarticulação do exercício da Medicina.

⁶ Para uma visão mais detalhada, ver Foucault (1979).

Aliás, o século XVIII foi marcado por uma grande mutação do discurso médico. Mudança: a) que responde pelo nascimento da medicina moderna; b) em meio à qual se processará a medicalização dos hospitais. Vejamos como ela aconteceu. Numa retrospectiva histórica, Foucault (1980/1994) nos deixa ver que os primeiros fundamentos de positividade do discurso organicista encontram-se na racionalidade que está na base da Medicina Classificatória. Nessa forma de pensamento médico, a doença “recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies” (p. 2). É assim que se configura, na história do saber médico, a “especialização primária da doença”. Nessa época, a intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de crise: ele observava, no doente, o curso de manifestação da doença (os sintomas manifestos ao longo do tempo), para descobrir em que momento ocorria o confronto entre natureza sadia e o mal que o atacava.

A intervenção com objetivo de cura se desenvolvia numa forma de relação muito especial e individual entre médico e doente. Isso se mostra se considerarmos a questão a partir da qual o encontro entre eles se estruturava, qual seja: “o quê é que você tem?”. Note-se que, fundamentalmente, o que está em causa é, de um lado, um corpo convocado a falar de seu mal-estar e, de outro lado, um sujeito cuja ação depende de uma “escuta” para a palavra do doente. Afinal, ela é a bússola que orienta o médico no reconhecimento da doença que está em causa no quadro nosológico e, conseqüentemente, nas ações terapêuticas promotoras da cura.

Uma mudança de fundamental importância nesse saber constituído se realiza na passagem do século XVIII para o século XIX: a doença vai encontrar, graças à superação dos obstáculos morais e religiosos que impediam a “abertura de cadáveres”, um outro espaço de distribuição: o corpo do doente. Essa “especialização secundária” dá concretude à hipótese de que “os órgãos são os suportes sólidos da doença” (p. 10). O advento da anátomo-patologia confere ao discurso médico seu fundamento maior de positividade e, ao mesmo tempo, promove a articulação entre o “corpo essencial da doença”, explicitado no empreendimento nosológico, e o “corpo real do doente”, desvelado e mapeado nosograficamente. Assim, a doença distribuída no quadro nosológico é associada à doença distribuída no organismo do doente. Esse duplo conhecimento sobre a doença produzirá conseqüências na prática clínica. O

médico passa a se dirigir ao paciente com a seguinte indagação: “onde lhe dói?”. Assim, a palavra e a escuta vão deixando de ser protagonistas na cena clínica e a Medicina entra num novo tempo: o do privilégio do olhar.

Cabe colocar em relevo, neste momento, o fato de que a formação que permitia a intervenção médica se realizava, inicialmente, pela via de corporações médicas, nas quais se davam a conhecer textos específicos e transmissão de receitas. Assim, a experiência hospitalar – “em que se poderia registrar as constâncias, as generalidades, os elementos particulares, etc.” (idem, p. 103) - estava excluída do ritual de formação do médico. É por esse motivo que “nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina” (idem, ibidem).

A medicalização do hospital e/ou a hospitalização da Medicina é mudança que deve ser lida, segundo Foucault (1979), como decorrente da necessidade de anular efeitos negativos do hospital, quais sejam: (1) doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e que podiam se espalhar na cidade onde estava situado; (2) a desordem econômico-social de que era foco. Na base dessa reorganização, dois processos ocorrem simultaneamente. De um lado, ocorre a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital (e, conseqüentemente, da relação doença x doente). Na ótica foucaultiana, a disciplina é uma técnica cujos princípios foram delineados durante o século XVIII. Ela se fundamenta, antes de tudo, na “análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (Idem, p.106). Nessa medida, a técnica disciplinar envolve: **controle** do desenvolvimento de uma ação, **vigilância** perpétua e constante de indivíduos e **registro** contínuo.

De outro lado, o fator que responde pela origem do “hospital médico” é a grande mudança no saber e práticas médicas referido anteriormente. A Medicina Classificatória, aliada à Medicina das Sedes, põe em relevo a idéia de que a doença é um fenômeno natural, ou seja, ela resulta “de uma ação do meio sobre o indivíduo” (idem, ibidem). Assim:

“a água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes

espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo leis naturais” (idem, ibidem).

Note-se que será a partir da conjunção dos dois fatores antes mencionados que os doentes serão distribuídos e individualizados num espaço – o hospitalar - onde possam ser vigiados, no qual se fazem registros de todas as ocorrências que lhe dizem respeito. Simultaneamente, se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. Ao mesmo tempo, diz Foucault (1980/1994), a medicalização dos hospitais se insere no que se denomina “espacialização terciária da doença”. Espacialização que:

“implica um sistema de opções que diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona ao seu curso natural. Mais do que as outras formas de espacialização, ela é, porém, o lugar de dialéticas diversas: instituições heterogêneas, decalagens cronológicas, lutas políticas, reivindicações e utopias, pressões econômicas, afrontamentos sociais” (p. 16)

Como visto, o hospital tem um lugar importante nesta configuração. Nele se apresentam as marcas da miséria e os frutos das medidas de proteção (das pessoas sadias contra a doença; dos doentes contra as práticas de pessoas ignorantes), entre as quais a exclusão se oferece como sua máscara mais estigmatizante. Vale dizer, também, que a medicalização vai transformar o sistema de poder no interior do hospital: o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (e não o pessoal religioso), razão pela

qual sua presença se afirma e multiplica até o ponto em que ele, finalmente, passa a residir no hospital. Aparece assim, o personagem do médico de hospital, antes inexistente.

A tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, em que ele, na frente, vai ao leito de cada paciente, seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. No que diz respeito ao paciente, seu punho passa a ser etiquetado para que se possa distingui-lo, mesmo se vier a falecer. É preciso assinalar, ainda, que nesse compromisso com a identificação, coloca-se sobre o leito, uma ficha com o seu nome e a doença que porta e implementa-se um registro geral – prontuário - (nome, diagnóstico, receita, tratamento, evolução e etc.).

Constitui-se assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico, que até o início do séc. XVIII estava localizado nos livros, começa a ter seu lugar também no hospital. É assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790 ao nascimento do hospital terapêutico (FOUCAULT, 1979), cujas características são semelhantes as do hospital do século XXI. É certo, entretanto, que os avanços tecnológicos e a evolução da medicina preventiva e sanitária, contribuíram para promover mudanças significativas no atendimento hospitalar.

1.2 O hospital e o enfoque interdisciplinar

Uma das mudanças ocorridas no atendimento hospitalar e que merece destaque, neste trabalho, diz respeito à instituição do trabalho em equipe. Historicamente, durante muito tempo, a atenção à saúde era entendida como uma luta que seria travada contra a doença instalada, de maneira que:

“para realizar essa função eram fundamentais a atuação daqueles que soubessem reconhecer o mal, escolher os métodos para combatê-lo, retirá-lo cirurgicamente e, se possível, formular e aplicar medicamentos e, por fim,

administrar ao enfermo os cuidados básicos para sua sobrevivência” (JACOB FILHO e SITTA, 1996, p. 441).

Em resumo, a responsabilidade por todas essas atitudes estava concentrada na figura do médico. Com o passar do tempo, a problematização do par saúde/doença trouxe à cena, como vimos no capítulo anterior, concepções redimensionadas que exigiram que se reconhecesse que a atenção à saúde reclamava a complementação de saberes e fazeres, o que motivou o surgimento e/ou desenvolvimento de áreas pouco difundidas, porém necessárias. Assim,

“a atuação deixa de ser centralizada em um ou poucos profissionais capazes de executar muitas tarefas e passa a ser dividida por aqueles que, por serem responsáveis especificamente por uma área do conhecimento e da assistência, têm condição de fazê-lo com maior competência e eficiência” (idem, *ibidem*).

Através dessa descentralização integrada nasceu a denominada “equipe interdisciplinar”⁷. O trabalho realizado tem como base o compromisso com a integração, respeito e valorização dos diversos saberes específicos que são colocados em relação. A articulação desses saberes é de fundamental importância para as tomadas de decisão relativamente aos casos atendidos. É claro que poderão surgir diferenças, mas, deverão ser trabalhadas e resolvidas. Enfim, as vantagens de se trabalhar em equipe são inúmeras e os resultados bastante positivos, principalmente quando se trata de idosos. Essa linha de atendimento está em plena consonância com aquela preconizada pela Organização Panamericana de Saúde, divisão regional da OMS, em um relatório (1992): “a promoção de saúde dos idosos deve estar a cargo de uma equipe interdisciplinar” (JACOB FILHO *apud* OPAS, 1996, p.442), de maneira a oferecer uma assistência integral ao sujeito idoso.

⁷ É necessário esclarecer que não entraremos na discussão no que diz respeito aos prefixos (multi, inter ou trans). Utilizaremos a nomenclatura **interdisciplinar**, porque acreditamos que ela nos remete a uma visão de equipe que é composta por vários profissionais que trabalham integrados.

1.3 O hospital e o serviço de assistência domiciliária

A medicalização dos hospitais e sua abertura a outros profissionais da área de saúde, representam dois movimentos bastante significativos relativamente ao modo como, a partir do século XX, se tem prestado assistência especializada a sujeitos doentes. Outra transformação merece também nossa atenção e ela está intimamente ligada ao problema relativo ao elevado custo das internações hospitalares: uma questão que ganha contornos mais preocupantes quando se trata de idosos. Segundo Brito e Ramos (2007),

“em todo o Brasil os dados de internação e ocupação dos leitos hospitalares mostram que os idosos fazem uso dos recursos oferecidos pela rede hospitalar em uma proporção relativamente maior se comparados com outros grupos etários” (p.678).

Ramos (1996/2007) assinala, ainda, que em hospitais gerais de São Paulo, as pessoas idosas “chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internadas é quase duas vezes maior que a média para o total da população” (p.678). Diante deste quadro, é evidente a necessidade da adoção de modelos alternativos à saúde, entre eles, ganha relevo o serviço de assistência domiciliária. Historicamente, sua configuração primeira se realizou no Memorial Hospital, de Nova Iorque (Estados Unidos), em 1947. Logo em seguida, em 1951, o Hospital Tenon, de Paris (França), criou o programa *Hospitalisation a Domicilie*. É preciso que se diga que tais serviços (e outros similares), foram delineados por iniciativa dos próprios hospitais, em virtude de pressões governamentais e de seguros de saúde para que se reduzissem gastos na assistência prestada aos doentes (LEME e DIAS, 2007).

Algum tempo depois, surgiu no Brasil, mais especificamente na cidade de São Paulo, a **Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo**, criada em 1968. Apenas em 1994 é que foi implementado o **Serviço de Assistência Domiciliária (SAD)**, do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Vale dizer, também, que a cidade conta com o **Núcleo de Assistência Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas de São Paulo**, criado em 1996 e com o **Serviço de Assistência**

Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso do Município de Guarulhos, criado em 1997.

Se a assistência domiciliária é uma excelente alternativa para diminuição do elevado custo das internações hospitalares, há benefícios de outra ordem que, também, respondem pela sua constituição. Entre eles, podemos destacar a importância de manter o idoso dentro do seu domicílio: espaço próprio, familiar, que pode contribuir para manter a estabilidade de seu quadro, bem como promover uma melhor qualidade de vida. Permanecer na companhia da família pode produzir efeitos significativos no enfrentamento da doença: “o ambiente exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção da própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência” (LEME e DIAS, 2007, p. 684). Para muitos deles, preservar os laços estabelecidos com os objetos e com o ambiente favorece seu equilíbrio biopsicossocial. Além do mais, “a retirada do paciente idoso de seu ambiente para internação hospitalar ou para procedimentos em centros médicos apresenta uma carga de comorbidade que não pode ser desconsiderada” (ibidem)⁸.

Para entendermos um pouco melhor como são realizados atendimentos domiciliares, cabe esclarecer que existem pelo menos três modalidades implicadas em sua realização, cada uma das quais envolvendo características e ações diferentes. Segundo Leme e Dias (idem, ibidem), são elas:

- **Visita domiciliária:**

É o tipo de atendimento realizado pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do paciente com o objetivo de avaliar as suas demandas e as de seus familiares, bem como do ambiente onde vive, procurando estabelecer um planejamento assistencial voltado para recuperação e/ou reabilitação. Busca-se, com isso, promover autonomia e independência. As visitas são realizadas regularmente conforme a necessidade do doente. O cuidador recebe orientações sobre cuidados necessários.

⁸ Em consonância com esta visão, as políticas de atenção ao idoso defendem a permanência do idoso em seu domicílio, entendendo ser este o melhor local para o idoso envelhecer.

- **Internação Domiciliária:**

Representa uma opção segura e eficiente para atendimento a pacientes que, mesmo após estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia. Há necessidade da utilização de aparato tecnológico específico à necessidade do doente transferido para a sua moradia. O acompanhamento é feito pelo profissional da enfermagem. Além disso, é necessária assistência médica e de enfermagem disponíveis por 24 horas e monitoramento constante da evolução clínica.

- **Assistência Domiciliária:**

Essa forma de atendimento compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais da saúde e/ou por uma equipe interprofissional no domicílio do paciente. As visitas são programadas, e a periodicidade dependerá da complexidade do quadro clínico. Há necessidade de um cuidador para dar continuidade à assistência no domicílio.

Devido à problemática que envolve esta dissertação de mestrado e, por se desdobrar e se desenvolver no âmbito do atendimento domiciliar de idosos que integram o Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) de São Paulo, vou me deter, brevemente, na explicitação de seu funcionamento.

1.3.1 O Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Este serviço teve início, como já dito, em 1994, seguindo conceitos franceses e americanos, porém com características próprias e compatíveis com a estrutura de saúde vigente no Brasil. Desde então, até os dias de hoje, mil pacientes já se beneficiaram deste serviço. Atualmente, ele assiste 152 pacientes, que estão distribuídos em todo o município de São Paulo.

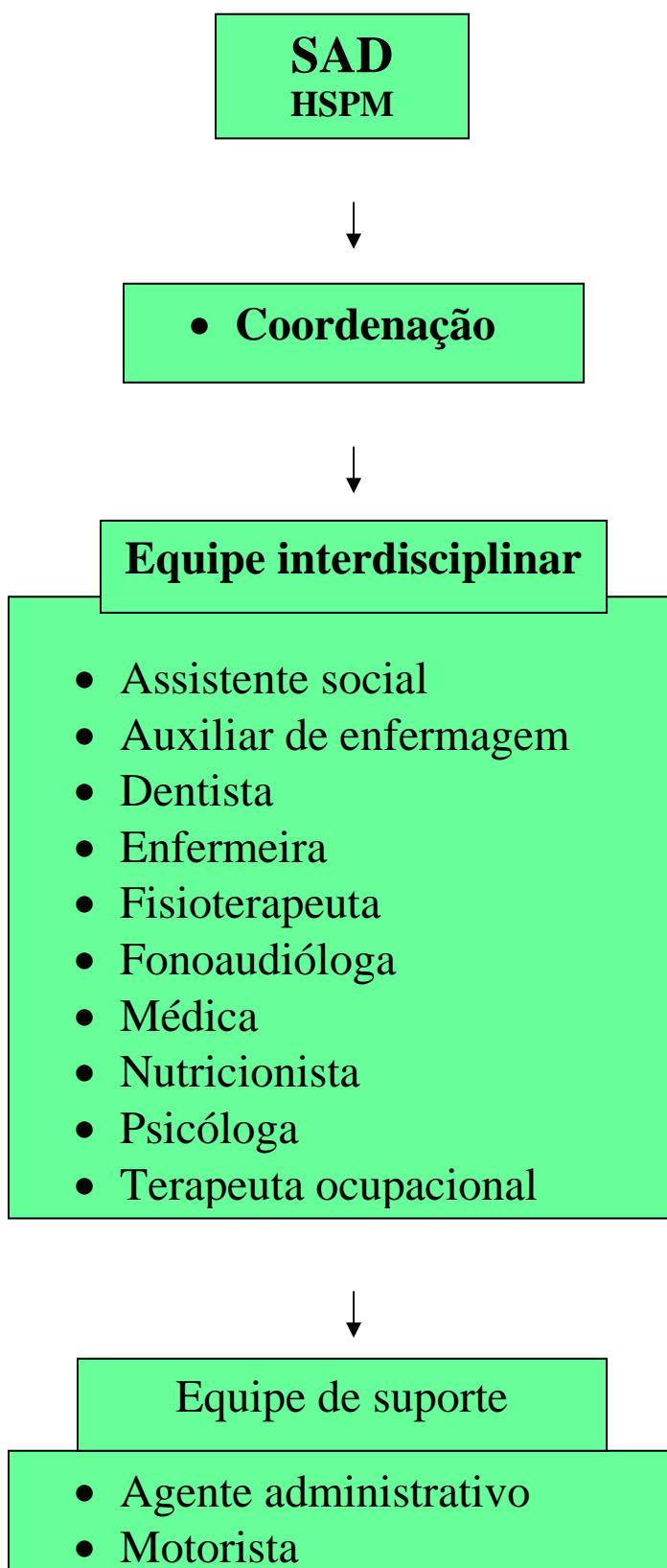


A finalidade do SAD é prestar assistência a pacientes que apresentem dificuldades totais ou parciais de locomoção. Acredito que seja importante mencionarmos alguns objetivos específicos deste serviço, de modo a entendermos melhor a sua assistência, segundo Dias e Leme (2007), são eles:

- Manter o paciente em seu habitat familiar
- Suprir a dificuldade de locomoção dos pacientes
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes
- Colaborar no sentido de agilizar a liberação de leitos do hospital
- Estimular a participação de familiares no acompanhamento dos pacientes
- Propiciar acompanhamento domiciliário interprofissional aos pacientes

Essa assistência é realizada através de uma equipe interdisciplinar (assistente social, dentista, enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médica, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional) que atua conjuntamente, compartilhando responsabilidades.

A título de ilustração, trago a seguir um quadro que representa o modo como a equipe do SAD/HSPM está configurada:



O SAD leva apoio, tratamento, medicações, coleta de material para exames laboratoriais e resultados de exames aos idosos, disponibilizando, ainda, pelo tempo que se fizer necessário, a utilização de cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão caixa de ovo, medicações, materiais para curativos e dietas para sonda, sem nenhum custo ao paciente. As visitas domiciliares são feitas de 2ª à 6ª feira, no período da manhã e da tarde. A cada 15 dias, a equipe se reúne para discussão dos casos clínicos, pois entende-se que seja importante que os seus integrantes participem da atuação proposta por cada profissional.

O que se tem recolhido do trabalho realizado pela equipe, ao longo desses últimos 12 anos, é um resultado bastante positivo: o fato de o paciente permanecer em sua residência, na companhia de seus familiares e amigos, tem um papel importante na determinação desse resultado que, é preciso que se diga, implica em uma recuperação mais rápida e eficiente, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, além da diminuição do risco de infecções. Hoje, a importância e a eficiência do SAD, são constatadas pelos pacientes e familiares, e também reconhecida pelo HSPM, como sendo a melhor alternativa de levar saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos idosos assistidos em domicílio.

Paralelamente à assistência prestada aos doentes em seus domicílios através dos atendimentos clínicos especializados, o SAD configura-se também como um espaço de realização de pesquisas científicas. Nelas, a teoria e a prática clínica estão em íntima relação, como se verá no estudo que trago a seguir.

1.3.2 O perfil da saúde bucal dos idosos assistidos em domicílio pelo SAD/HSPM:

Com o objetivo específico de avaliar a saúde bucal de idosos (homens e mulheres, com idade entre 60 e 95 anos) assistidos pelo SAD/HSPM, foi feito, no período compreendido entre 2004 e 2005, um estudo retrospectivo de 110 prontuários que datavam de maio de 1998 a maio de 2001. Como fruto deste

estudo, nasceu um artigo científico, intitulado “*O dentista como parte integrante da equipe interdisciplinar do Serviço de Assistência Domiciliária*”, publicado em 2006, pelo canal científico da Editora Santos. Nesta pesquisa, foram observados os seguintes critérios: sexo, presença/ausência de doenças sistêmicas, grau de dependência, via de ingestão de dieta, higiene bucal, presença/ausência de cárie, presença/ausência de doença periodontal, edentulismo e adaptação de próteses. Os dados obtidos foram tabulados no software Epi-Info, versão 6.4, para análise estatística.

Dos 110 pacientes examinados, constatou-se que 63% eram mulheres e 37% eram homens (gráfico 1), o que confirma dados da Organização das Nações Unidas (ONU/2002) relativos à maior longevidade do sexo feminino. A predominância feminina junto ao segmento idoso é um fenômeno chamado de *feminização da velhice*, e não é uma especificidade brasileira, mas uma tendência mundial na população idosa.

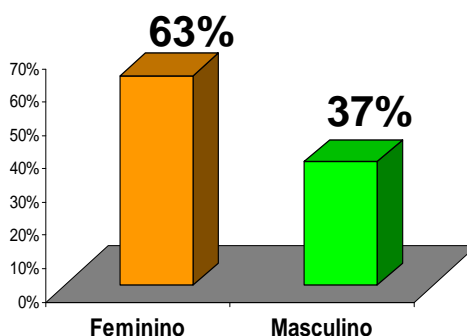


Gráfico 1
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo sexo, SAD, 2005.

No levantamento do perfil de saúde bucal dos sujeitos da pesquisa, levou-se em conta a saúde geral e investigou-se a ocorrência de doenças sistêmicas, seguindo a definição de saúde bucal proposta pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, anteriormente referida no capítulo I. No que concerne às condições gerais de saúde, constatou-se que apenas 13% dos sujeitos apresentavam uma doença sistêmica e que a grande maioria, 87% deles, apresentava duas ou mais manifestações dessa natureza (gráfico 2). Os

quadros clínicos mais freqüentes foram: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hipertensão Arterial Sistêmica, *Diabetes Méllitus*, Demência do Tipo Alzheimer e Síndrome de Imobilidade.

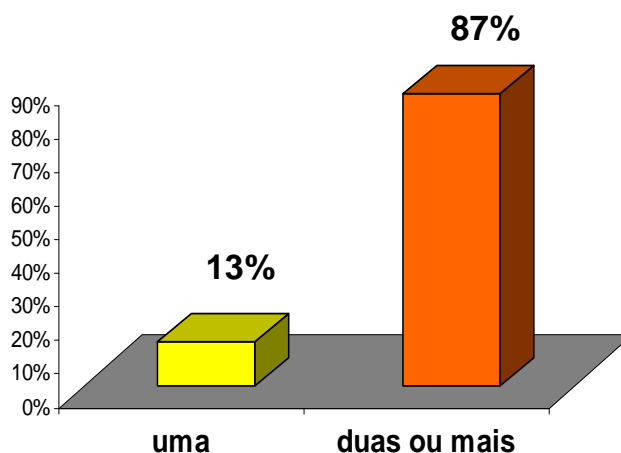


Gráfico 2
Distribuição de freqüência de pacientes examinados segundo doença sistêmica, SAD, 2005.

Apesar desses idosos apresentarem diversidade de doenças sistêmicas, deve-se ressaltar que, em conseqüência da incidência da demência, da Síndrome de Imobilidade e das seqüelas do AVE, muitos pacientes perderam parcialmente ou totalmente a *autonomia e/ou a independência* (ver capítulo I); de forma a apresentarem dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVDs), sejam elas básicas ou instrumentais. Segundo Vieira (2004), “as AVDs são elementos determinantes da autonomia do idoso, tendo, portanto, papel fundamental na sua qualidade de vida” (p. 42).

Para saber o grau de dependência desses pacientes, foi realizado um levantamento quanto à realização das AVDs (gráfico 3), onde se constatou que 23% dos pacientes conseguiam realizar suas AVDs sozinhos, em 16% dos casos havia dependências parciais (ora necessitam de ajuda, ora não). E em 61%, os pacientes apresentaram dependência total, o que impunha a obrigatoriedade da realização das AVDs pelo cuidador.

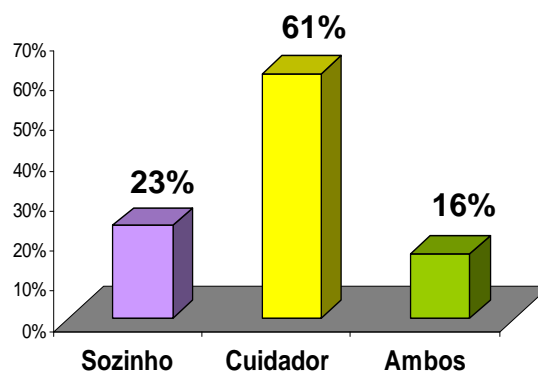


Gráfico 3
Distribuição de freqüência de pacientes examinados segundo à realização das AVDs. SAD, 2005.

O nome “cuidador” é dado a aquele que tem a função de cuidar do paciente, seja ele um profissional ou mesmo alguém da família. Devido às condições econômicas dos idosos assistidos pelo SAD, aproximadamente 95% dos cuidadores são pessoas da família, onde a escolha preferencial é a esposa, e acredita-se que isso se deve a alguns fatores, a saber: a) maior longevidade das mulheres; b) por serem mais novas que seus maridos e c) pelo fato de que em nossa sociedade o papel de cuidar seja atribuído à mulher. Em segundo lugar os descendentes imediatos (filhos e filhas) e, só em terceira opção estão os demais familiares.

Para que estes possam exercer bem a função de cuidador, o SAD/HSPM oferece, através de sua equipe interdisciplinar, orientações aos cuidadores, que são realizadas: (a) em grupo, através do “Curso Informal para Cuidadores”; (b) individualmente, por ocasião das visitas regulares da equipe. Cabendo a estes cuidadores auxiliarem o paciente em suas necessidades diárias: como banhar, vestir, locomover, alimentar e também na realização da higiene bucal (HB). A intensidade desta ajuda irá depender do grau de incapacidade funcional do idoso. Como 61% desses idosos dependem totalmente da ajuda dos cuidadores, 16% dependem parcialmente e 23% não dependem; fez-se um levantamento para analisar a qualidade da higiene bucal, seja ela feita pelo paciente que é independente, seja feita pelo cuidador (paciente totalmente dependente), ou mesmo por ambos. Considerou-se precária em 39%, aceitável em 34% e boa em 27% (gráfico 4).

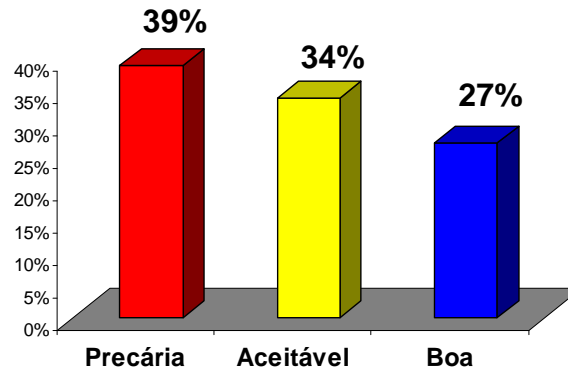


Gráfico 4
Distribuição de freqüência de pacientes examinados segundo a qualidade da higiene bucal, SAD, 2005.

A porcentagem mais alta refere-se, como se vê no gráfico acima, à higiene bucal precária: um indicativo bastante evidente de que há necessidade de intervenção especializada e promotora de mudanças, tanto para os cuidadores, através das orientações fornecidas pelo dentista, como também para os pacientes através da motivação. Nesse sentido, é pertinente lembrar o que o trabalho de Dias (2007) enfatiza: “é necessária a conscientização e a motivação do paciente em relação à higiene oral para que possa haver mudanças de hábitos e atitudes” (p. 543). Em consonância com essa autora, Vieira (2004) vai um pouco além quando considera que:

“é possível dizer que uma pessoa desmotivada é uma pessoa desinvestida, o que não significa que ela não apresenta nenhuma atitude; o não agir também é uma forma de atitude. Tanto na ação como na omissão existe um motivo para tal. Isso significa que o desmotivado tem um potencial, residual, que deve ser visto com atenção. Essa visão é fundamental quando relacionada à necessidade de se estimular um indivíduo...” (p. 222).

Entendo que, quando um indivíduo é motivado, seja ele paciente ou cuidador, ele passa a seguir as orientações dadas pelo profissional. Como consequência, teremos resultados positivos e é a partir deles que se

desenvolve a conscientização que, do meu ponto de vista, pode sustentar possíveis mudanças de hábitos e atitudes. Tais mudanças são extremamente necessárias, digo isso, levando em consideração, ainda, que a higiene bucal precária pode desencadear em idosos fragilizados, como nos alerta Mello (2005), uma pneumonia aspirativa. Sobre isso, nos diz o autor:

“nos idosos fragilizados, uma saúde bucal inadequada eleva o risco de desenvolver infecção do trato respiratório, causada por provável aspiração de bactérias bucais para os pulmões (...) é provável que se possam reduzir os riscos de desenvolvimento de pneumonia em idosos melhorando o seu estado de saúde bucal” (p.104).

Note-se que falar em “estado de saúde bucal” implica um universo muito mais amplo do que apenas higiene bucal, o que envolve, para além de escovação (limpeza) adequada, outros fatores, tais como: presença de dentes, estado de conservação de dentes, próteses e mucosas, etc. Por isso, na pesquisa realizada, atentou-se, também, para a presença/ausência de dentes nos idosos sujeitos da investigação. Constatou-se que 25% eram dentados (possuíam dentes) e 75% edentados (não possuíam dentes), como se vê no gráfico cinco:

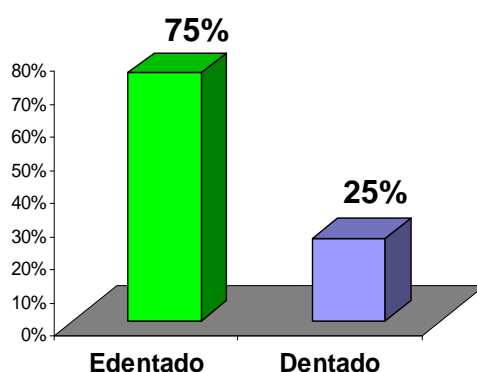


Gráfico 5
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo edentulismo, SAD, 2005.

Dos 25% dentados, avaliou-se o estado das gengivas (periodonto) e a conservação de dentes, relacionando os achados com a necessidade de tratamento. No gráfico seis, lê-se os resultados dessa investigação: 11% dos sujeitos pesquisados apresentavam dentes e gengiva saudáveis, não necessitando de tratamento; ao contrário, 53% necessitavam tanto de tratamento periodontal, quanto restaurador e 36% necessitavam apenas de tratamento periodontal.

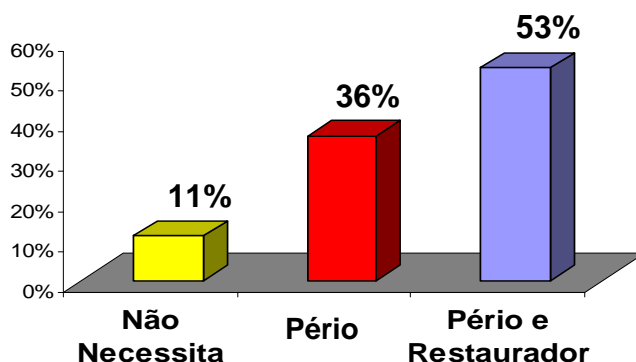


Gráfico 6

Distribuição de frequência de pacientes examinados, dentados, relacionando a necessidade de tratamento, SAD, 2005.

Observando os resultados na pesquisa em questão, o fato de mais da metade dos idosos (53%) apresentarem cáries e doenças periodontais, se deve a alguns fatores, tidos como comuns entre idosos, tais como:

- falta de conhecimento da importância da saúde bucal
- paciente ou cuidador pouco estimulado
- escovação deficiente devido à diminuição da habilidade motora
- dificuldades visuais
- dificuldades para ir ao dentista, principalmente quando se tratam de idosos acamados
- diminuição do fluxo salivar

É importante esclarecer, que a diminuição do fluxo salivar, se deve a alguns fatores, quais sejam: (1) atrofia das glândulas salivares, processo que

pode incidir durante o envelhecimento e (2) ingestão diária de fármacos, como anti-hipertensivos, anti-histamínicos, tranqüilizantes, etc. Cabe ressaltar, que essa diminuição pode levar à xerostomia (ressecamento da boca) que, por conseqüência, leva à diminuição da lubrificação das mucosas, dentes e língua, de forma a deixá-los desprotegidos. Se somarmos a esse quadro o de higiene bucal precária, é certo que aumentará a incidência de cáries e doenças periodontais, saburra lingual, bem como a presença de halitose (condição anormal do hálito, tornando-o desagradável).

Após a análise relativa aos resultados obtidos na investigação de idosos dentados, voltou-se a atenção para o levantamento das condições de saúde bucal dos idosos edentados: 65% faziam uso de próteses totais (dentaduras) e 35% não as utilizavam (gráfico 7). No que diz respeito aos primeiros, avaliou-se a adaptação das próteses e obteve-se o seguinte resultado: 35% necessitavam trocá-las, 46% precisavam de reembasamento (preenchimento interno da prótese com material resinoso para torná-la mais adaptada) e 19% apresentavam adaptação aceitável (gráfico 8).

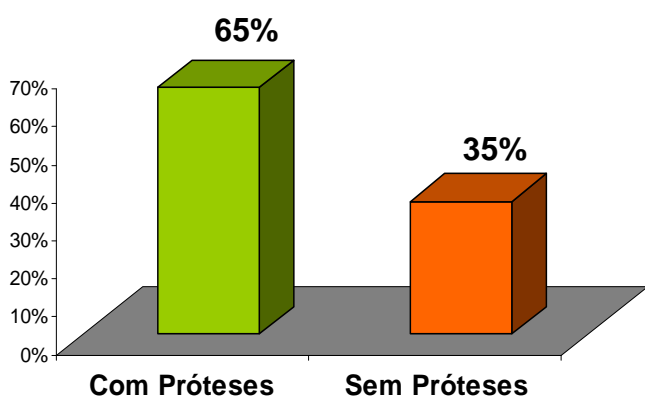


Gráfico 7
Distribuição de freqüência de pacientes examinados, edentados, segundo uso de próteses totais, SAD, 2005.

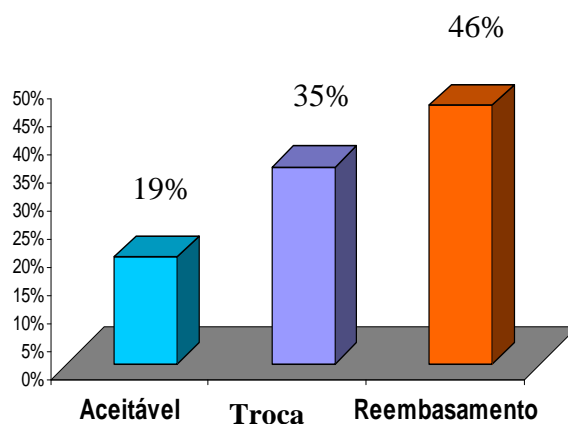


Gráfico 8
Distribuição de freqüência de pacientes examinados que usam próteses totais, segundo adaptação das próteses, SAD, 2005.

Esses dados deixam claro que 81% das próteses utilizadas apresentavam alguma deficiência. Isso porque, ao contrário do que se pensa, as dentaduras não são eternas. Após algum tempo de uso (um ano, dois, três ou mais), elas vão perdendo a adaptação (ficando “folgadas”), e os dentes vão

se desgastando gradativamente. Muitas vezes, o paciente não percebe as mudanças que ocorrem ou, quando as percebe, a perturbação já se encontra em grau avançado e os danos para a saúde bucal já estão em ação. Segundo Dias (2007), nesses casos, “a base da dentadura pressiona o osso durante a mastigação. Como resposta ocorre reabsorção do rebordo e, conseqüentemente, perda óssea em altura e espessura” (p. 539). Essa desadaptação das próteses poderia ser compensada através de reembasamentos periódicos anuais, realizados pelo dentista, como também a troca das próteses a cada quatro anos.

Vale ressaltar, outro problema gerado devido à diminuição da altura dos dentes, a perda da dimensão vertical do paciente (altura que começa abaixo do nariz e termina no final do queixo), que tem como conseqüência, uma subluxação da Articulação Têmporo-mandibular, ou seja, um deslocamento parcial desta articulação, a qual comanda a abertura e o fechamento da boca. Esse quadro poderá comprometer a abertura da boca, acarretar ruídos, estalos e por vezes causar dor orofacial. Como vemos, muitos são os problemas causados por próteses antigas ou desadaptadas.

Concluiu-se, ao final do estudo sobre a condição de saúde bucal dos idosos assistidos pelo SAD-HSPMSP, que havia uma alta porcentagem de cáries e gengivite, um alto número de próteses desadaptadas e aproximadamente 1/3 com higiene bucal precária. Apesar destes idosos não apresentarem um estado de saúde bucal satisfatório, na quase totalidade deles, a alimentação era realizada pela boca, ou seja, por via oral (93%), de maneira que a mastigação e a deglutição se encontravam prejudicadas. Apenas 7% do total se alimentavam por sonda (gráfico 9).

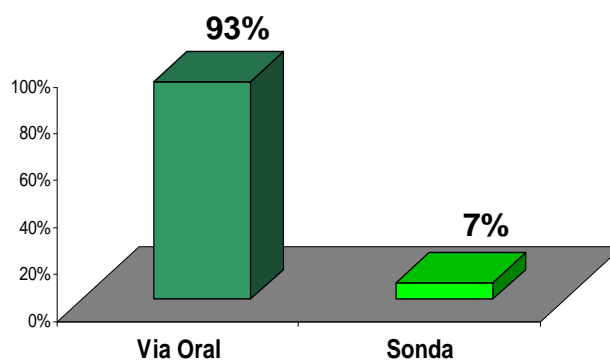


Gráfico 9
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo a via de ingestão de dieta, SAD, 2005.

Esta informação reforça a importância da necessidade de se ter uma condição bucal saudável, de modo a permitir a adequada mastigação e deglutição, resultando num melhor aproveitamento dos alimentos pelo organismo. A presença de dentes ou de dentaduras é fundamental para o processo mastigatório, para que haja uma formação adequada do bolo alimentar e posterior continuação do ciclo digestivo. Vieira (2004) afirma que:

“os dentes (naturais ou não) são elementos importantes tanto para a condição nutricional do indivíduo como para sua interação social. Sem eles ou com eles em situação precária de funcionalidade, será muito difícil manter a mastigação dos alimentos de forma adequada e o prazer de comer. Com isso, o indivíduo passará a negligenciar e, até mesmo, evitar o gênero alimentar que lhe é oferecido” (p.154).

Nessa mesma direção argumentativa, Brunetti *et al* (2002) assinala que:

“o idoso pode chegar ao desinteresse pelos alimentos ditos saudáveis (e mais consistentes), trocando-os por uma dieta mais macia e pobre em nutrientes adequados, o que provocará deficiências nutricionais que irão comprometer o funcionamento de diversos órgãos” (p. 57).

Como se sabe, uma nutrição adequada é fundamental para a obtenção de uma boa saúde geral e, a partir do que se discutiu, ela está em relação direta com o bom funcionamento dos dentes e a boa adaptação das próteses. Porém, o conceito de saúde transcende o individual biológico, pois envolve também a vida social do indivíduo. Principalmente a partir da Constituição de 1988, a saúde bucal (promoção, prevenção e assistência) figura como um direito social. Entretanto, como assinala Filho (2002), a realidade atual envolve o reconhecimento de que estamos diante de um grande desafio, qual seja: “tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social” (p. 36).

Um dos maiores desafios consiste na revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal que, segundo ele, privilegiam a exodontia e o

conceito de “geração perdida”. Nesse último, está em causa o “determinismo curativo”, ou seja, a idéia de que, de nada adiantam investimentos e esforços clínicos dirigidos para pessoas com experiências de cáries. Por isso, a atenção em saúde pública hoje está prioritariamente voltada para escolares, uma “geração saudável”. Entende-se, assim, que crianças têm mais chance de se beneficiar de tratamentos preventivos, fazendo valer o esforço do Estado para consolidar uma população futura “livre de cáries”. Para o autor, é necessário, ainda, reconhecer:

“a necessidade de apreensão da epidemiologia social, do planejamento estratégico, de compreensão dos processos sociais comunitários, do território, do funcionamento das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma destas questões” (p. 37)

É nesta direção que entendo que se realizou a investigação relativa à saúde bucal dos idosos assistidos pelo SAD-HSPMSP. Seu mérito consiste em ter voltado o foco para a população idosa que, como se conclui a partir das observações de Filho, está à margem das ações públicas no que concerne a saúde bucal. Não é sem razão, portanto, que os resultados obtidos indiquem a condição precária de conservação e higienização dos dentes, nesse segmento populacional. Condição que, inclusive, pode produzir isolamento social. Afinal, ter dentes em mau estado de conservação, não usar dentaduras, ou mesmo usá-las com adaptação deficiente, poderá produzir efeitos negativos na relação familiar, no ciclo de amizades e, de um modo geral, no convívio social.

Como exemplo, podemos imaginar um idoso sentado à mesa para almoçar com seus familiares, tendo que enfrentar as adversidades impostas por uma dentadura solta na boca; o mesmo episódio poderá acontecer durante uma conversa entre amigos; ou mesmo um sorriso disfarçado pela mão sobre a boca, devido à ausência de dentes, ou quando estão em estado precário de conservação. Faz sentido, portanto, o alerta dado por Vieira (2007): “se o indivíduo está vivendo uma experiência traumatizante para ele, o isolamento pode surgir como uma possibilidade de evitá-la” (p.188).

A assistência domiciliária à saúde é dirigida, no caso do SAD-HSPMSP, àqueles idosos frágeis (que apresentam doenças crônicas e dificuldades de locomoção), do ponto de vista da saúde geral. Entretanto, em função da existência da equipe interdisciplinar, a saúde bucal figura nas ações promotoras de saúde geral. Como atestei no estudo epidemiológico, esses idosos são frágeis também do ponto de vista da saúde bucal e, se levarmos em conta o que afirma Vieira, deve-se considerar que à sua vulnerabilidade pode se acrescentar o isolamento social.

Tais considerações, articuladas àquelas trazidas à luz pelo estudo epidemiológico aqui discutido, exigem que se reconheça que a pesquisa, na área de saúde, reclama que conhecimentos relativos às condições de saúde de uma população (principalmente, os de natureza epidemiológica) e às necessidades individuais (subjetivas) de seus componentes (pesquisa clínica) sejam acrescentados e articulados ao exercício técnico da clínica. No próximo capítulo, portanto, dou um passo na direção do individual/subjetivo, quando problematizo representações da saúde bucal mobilizadas pelos pacientes do SAD-HSPMSP e/ou por seus cuidadores, bem como os efeitos de mudanças (objetivas e subjetivas) produzidos pela intervenção odontológica realizada.

PERCEPÇÃO E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

1. Autopercepção da Saúde Bucal: a inclusão do sujeito nas pesquisas odontogerítricas

Como vimos no capítulo anterior, o estudo quantitativo realizado no Serviço de Assistência Domiciliária do HSPMSP possibilitou a identificação do perfil de saúde bucal dos idosos que dele tem se beneficiado. Vale ressaltar que esse perfil decorre do olhar – exclusivo - do profissional pesquisador, ou seja, do conhecimento técnico que ele possui e que o orienta a “avaliar”, segundo critérios previamente determinados, o nível de saúde bucal de uma população específica. É certo que estudos epidemiológicos são necessários para identificar problemas da população, mas, como afirmam Reis e Marcelo (2006),

“[eles] precisam ser associados às pesquisas que investigam os significados de como as pessoas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois permitem identificar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida” (p.193).

Por isso, atualmente, há um movimento no campo da pesquisa científica que se realiza na área da saúde, de se voltar o foco, também, para o modo como o próprio sujeito pesquisado se posiciona frente à problemática que tais estudos levantam. Martinelli (1999) é outro estudioso que também insiste sobre a importância de se considerar “o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado” e complementa: “não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito” (p.21). Entendo que essa insistência se deve ao fato de que, quando se abre espaço para uma participação efetiva dos sujeitos na investigação clínico-científica, torna-se possível recolher os significados que os mesmos atribuem à (sua) saúde. Escutar o que está em causa nessa representação parece produzir como efeito, a possibilidade de uma teorização sobre a clínica que inclua demandas do paciente e/ou a idealização de ações que não se restrinjam à cura, mas também, àquelas de natureza preventiva. Assim, ao se dar voz ao paciente, espera-se contribuir para uma maior efetividade das ações clínicas no campo da saúde. Quanto a isso diz Turato (2005):

“conhecer as significações dos fenômenos saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares” (p.510).

É no âmbito da perspectiva delineada acima (aprimoramento das ações clínicas na área da saúde através de uma abertura de escuta para o testemunho daqueles que sofrem essa ação), que a literatura pertinente tem debatido o problema da autopercepção em saúde, definindo-a como:

“a interpretação que a pessoa faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência

prévia e pelas normas sociais e culturais” (PORTILLO e PAES, 2000 *apud* REIS e MARCELO, 2006:193).

Cabe indagar, então, o que esses estudos têm revelado sobre a percepção que os idosos têm de sua saúde bucal. O Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições, através de um levantamento epidemiológico intitulado “*Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil 2003*”, no item “*autopercepção em saúde bucal*” (tabela 40), assinala o seguinte resultado: num total de 5.332 idosos com idade entre 65 e 74 anos, 4,26 consideraram sua saúde bucal ótima: 45,99% boa; 27,48% regular; 11,63% ruim; 4,69% péssima e 5,96% não sabem/não informaram. O resultado “real” (aquele retirado da avaliação objetiva realizada por profissional competente) deste mesmo estudo foi: um alto índice de edentulismo (arcada superior 57,91% e inferior 34,18%), apenas 7,9% não apresentavam nenhum problema periodontal e 99,5% apresentou alguma experiência de cárie dental. Vale atentar para o fato de que nesse documento nenhum tipo de hipótese foi configurada para explicar tal discrepância.

Também a investigação realizada por Benedetti *et al* (2007) mostrou que, embora 66% dos sujeitos da pesquisa não possuíssem a maioria de seus dentes, 65,2% consideraram o estado deles ótimo ou bom. Um resultado que as levou a concluir que a ausência de dentes não é vista como problema de saúde pela maioria dos idosos participantes da investigação. Essa maneira de lidar com a questão ratifica a existência de uma discrepância - ou não coincidência - entre o olhar do dentista pesquisador e o do próprio idoso.

Penso que o *gap* entre o olhar objetivo do dentista pesquisador e o do sujeito pesquisado deveria ser explorado em profundidade porque, segundo entendo, ele sinaliza para uma questão fundamental: a necessidade de realização de algum tipo de intervenção (educativa, clínica ou de outra natureza) que possa produzir uma mudança efetiva no cenário da saúde bucal no Brasil.

O estudo de Reis e Marcelo (2006) representa, a meu ver, um passo nessa direção. Após realizarem um importante estudo sobre autopercepção da saúde bucal na área da Gerontologia, entrevistando 30 idosos com idade entre 60 e 90 anos, as pesquisadoras concluíram que eles apresentam certa

dificuldade para falar desse tema isoladamente. Fatos ligados à saúde geral, dores e incômodos no corpo, eram primeiramente relatados e, apenas depois de uma explicitação mais detalhada sobre tais problemas, é que os sujeitos passavam a referir-se aos aspectos ligados à saúde bucal. Segundo as autoras, em alguns depoimentos, a saúde bucal “é percebida como algo além dos aspectos biológicos, extrapolando a clínica odontológica, pois alguns a associam à capacidade de comunicação e aos contatos sociais” (p.198).

Vale dizer, ainda, que no estudo realizado por Dias (2006), um dado relevante reclama uma reorientação no âmbito dos estudos sobre autopercepção: 61% dos idosos dependem totalmente da ajuda dos cuidadores, 16% dependem parcialmente e 23% têm autonomia nas AVD's. Um resultado que indica a importância da inclusão da percepção dos cuidadores na reflexão que volta o foco para a saúde bucal. Isso porque:

“a percepção e atitudes do cuidador em relação à própria saúde bucal influenciam no cuidado que este oferece para o idoso, [...] a tendência é que este transfira as mesmas ações para o idoso que está sob seus cuidados” (MELLO e PADILHA 2000, *apud* SALIBA *et al*, 2007:44).

No estudo de Saliba *et al*, avaliou-se, então, o conhecimento em saúde bucal de 18 cuidadores de idosos. Uma das questões dirigidas aos sujeitos que participaram da pesquisa foi: “*cárie é doença?*”. As respostas obtidas foram: 66,6% entendem que cárie não é doença, 22,2% que sim, que é doença e 11,1% não souberam responder. Além disso, 55,56% dos entrevistados afirmaram que a perda dos dentes na terceira idade é um processo inevitável. Note-se que permanece mesmo um *gap* entre o que se entende por “saúde” no campo da odontologia e, mais especificamente, na odontogeriatrics, e nas representações mobilizadas pelo sujeito leigo, cuidador de idosos. Diante desse resultado, Saliba *et al* concluíram que a condição bucal do cuidador influencia no tipo de cuidado que ele poderia prestar ao idoso. Propõe, então, que os cuidadores sejam motivados e capacitados para poder cuidar da própria saúde bucal. A ação educativa visa uma dupla função: proporcionar-lhes uma

melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, para o contingente populacional idoso.

A partir do que foi discutido, concluo ser necessário colocar em relação a percepção da saúde bucal do profissional dentista, do idoso e/ou do cuidador, para que, assim, se possa chegar mais perto das representações que são mobilizadas para significar o processo saúde-doença na área da odontologia (odontogeriatrics e gerontologia). Espero que esse empreendimento possa, também, instruir ações clínicas e educativas relacionadas à problemática da velhice fragilizada. Antes que, neste trabalho, esse passo se concretize, considero importante esclarecer o aporte metodológico que lhe serve de base.

2. A Metodologia Quanti-Qualitativa e as Pesquisas na Área da Saúde

Antes de realizar a leitura dos dados coletados, faço uma incursão por questões que estão vinculadas à metodologia quanti-qualitativa que lhe serve de referência. Segundo Turato (2003, p.156/157), as características que diferem as abordagens quantitativas e qualitativas poderiam ser elencadas, como se segue:

	Metodologia Quantitativa	Metodologia Qualitativa
Paradigma	Positivismo	Fenomenologia
Atitude Científica	Buscar a explicação das coisas	Buscar a compreensão do homem
Objeto de Estudo	Fatos (vistos e descritos)	Fenômenos humanos apreendidos
Objetivos de Pesquisa	Descrição e estabelecimento matemático das relações causa-efeito	Apreensão e interpretação das relações de significado dos fenômenos, tal eles são referidos pelas pessoas

Desenho do Projeto	Recursos pré-estabelecidos	Recursos abertos e flexíveis
Instrumentos de Pesquisa	Observação dirigida, questionários fechados, escalas	Observação livre e entrevistas semi-dirigidas
Amostra/Grupo para estudo	Randômica - representação estatística relativa a uma população	Proposital – sujeitos individualmente eleitos
Apresentação dos resultados	Linguagem matemática (tabelas, quadros), separadas da discussão.	Tópicos redigidos, com observações do campo e citações literais, inseridos na discussão

A **metodologia quanti-qualitativa** representa, então, uma tentativa de combinação das duas modalidades apresentadas acima. De acordo com Gomes e Araújo (2005), esse novo paradigma metodológico envolve a suspensão das dicotomias que garantiriam a nítida oposição entre as abordagens qualitativa e quantitativa. Como em muitos outros autores, nesta dissertação, opta-se pela adoção dessa base metodológica porque se assume que elas estão em “oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa” (MINAYO, 2007, p.22). Entende-se, então, que quando se utiliza apenas o método quantitativo, corre-se o risco de marginalizar questões que são imprescindíveis para compreensão mais profunda do objeto estudado. Com a associação dos dois métodos, procura-se entender as relações existentes entre as variáveis indicadas anteriormente. Papaléo-Netto (2007) reconhece que, “por vezes eles caminham juntos – quando, por exemplo, há necessidade de respostas aos ‘quanto’, ‘que proporção’; como também aos ‘por que’ e ‘o que’” (p.885). Espera-se, assim, que:

“os resultados alcançados com o emprego dessas metodologias alternativas apontem para uma maior fidedignidade e validação das pesquisas. Se é certo que a verdade absoluta nunca é

alcançada, talvez a utilização de abordagens múltiplas possa, ao menos, aproximar os pesquisadores de uma verdade temporal” (GOMES e ARAÚJO, 2005, p. 10).

É no interior deste esforço que este trabalho procura contribuir para as reflexões que, no campo da Gerontologia Social, discutem a questão que envolve a relação saúde-doença. Se não me afasto dos saberes médicos e sociais já constituídos sobre o tema, não acredito que abordá-lo do ponto de vista do sujeito implicasse necessariamente abandonar o saber objetivo, constituído no campo epidemiológico. É esse complexo confronto (objetivo x subjetivo) que se me impôs quando delimitar o objeto de investigação desta dissertação: a saúde bucal do idoso assistido em domicílio. Aprendi nesse tempo de estudos no campo da Gerontologia, que os termos “idoso” e/ou “velho” escondem, na generalidade que referem, a singularidade que se impõe à experiência da velhice. Pretendo fazer do seu testemunho, uma questão para o campo da ciência e da clínica.

3. Bases teórico-metodológicas que orientam a análise dos dados

O material coletado na pesquisa de campo realizada será abordado de duas formas: tanto estará em foco o "olhar" do dentista para a saúde bucal do paciente, como a percepção de saúde bucal relatada pelo paciente e/ou seu cuidador, no cotidiano domiciliar. No primeiro caso, os “operadores” de leitura serão as categorias objetivas pré-estabelecidas no discurso odontogerátrico relativas à saúde bucal (DIAS, 2007; BRUNETTI, 2002; MELLO, 2005), quais sejam: idade, sexo, presença/ausência de doenças sistêmicas, grau de dependência, via de ingestão de dieta, higiene bucal (anterior e posterior ao tratamento), edentulismo e tipo de tratamento recebido (periodontal, restaurador, exodontia e reembasamento, que estão em jogo na sua determinação). O perfil de saúde bucal dos idosos será dado através da coleta de informações contidas no anexo I, e inserido no software Excel para compilação dos dados estatísticos e constituição dos gráficos.

Ainda num viés quantitativo, proceder-se-á uma investigação baseada nas respostas dadas por tais sujeitos a uma entrevista semi-estruturada. O objetivo é identificar, tomando como ponto de partida a emergência de categorias discursivas, se há (ou não) prevalência de representações mais gerais relativas à saúde bucal e os efeitos da intervenção odontológica. Cabe esclarecer que a configuração do dispositivo de entrevista, “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema em questão sem se prender a indagação formulada...” (MINAYO, 2007, p. 64). As perguntas-guia que orientam as entrevistas estão no anexo II. Elas foram gravadas em fita cassete e transcritas em ortografia regular.

O corte qualitativo diz do outro aspecto da metodologia utilizada, no qual está em jogo a autopercepção de saúde bucal, recolhida nos relatos feitos pelo paciente e/ou a percepção do cuidador relativamente à saúde bucal do idoso em questão. A inclusão do ponto de vista do cuidador se fará nos casos em que não tenha sido possível realizar a entrevista com o próprio paciente (em função, por exemplo, de ocorrência de quadro demencial). Esses dados serão analisados levando-se em conta as hipóteses configuradas na literatura sobre saúde (capítulo 1) e autopercepção da saúde bucal (REIS e MARCELO, 2006; SALIBA *et al*, 2007), mas não só: procurarei oferecer uma análise que se fundamenta, também, na *“Teoria Interpretativa da Cultura”*, de CLIFFORD GEERTZ (1989). Isso porque parto da hipótese de que talvez seja necessário incluir nessa discussão questões culturais para compreender melhor as representações sobre saúde bucal mobilizadas pelos sujeitos dessa pesquisa e, assim, refletir sobre a função técnica (clínica) e sócio-cultural implicada na ação do dentista que o assiste. O que espero é que esse exercício reflexivo acrescente “qualidade” à vida de idosos e, ao mesmo tempo, à ação do dentista que o assiste.

Levando em conta a centralidade da noção de interpretação na proposta de Geertz (1989), passo a discutir, brevemente, alguns pontos teórico-metodológicos que se encontram relacionados à ela. Começo pela consideração de que o autor assume uma compreensão essencialmente semiótica de cultura. Nela, o que se procura é “ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos de forma a podermos, num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles” (p. 35). Apoiado em Max Weber, o autor

afirma que se deve entender a cultura como um espaço no qual se entrelaçam "teias de significados". Nessas teias, entrecruzam-se, então, significados que os homens dão às suas ações e a si mesmos.

O dispositivo metodológico que orienta a pesquisa no âmbito dessa noção de cultura é a etnografia. Vale dizer, entretanto, que Geertz redimensiona essa abordagem porque entende que, além de estar em causa uma prática caracterizada por “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário e assim por diante” (p.15), o essencial dessa metodologia é “o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma “descrição densa”, tomando emprestada uma noção de Gilbert Ryle” (p. 15). “Descrição densa”, ao contrário do que se poderia imaginar, não quer dizer “descrição longa”. O que está em causa é a elaboração de um texto que permita ao observador interpretar quais os sentidos que são mobilizados num dado contexto cultural.

O pesquisador identifica quatro características essenciais do dispositivo etnográfico (aquele que se fundamenta numa “descrição densa”), quais sejam: (1) o método é interpretativo; (2) a interpretação incide sobre o fluxo do discurso social (tomado como “texto”); (3) ela tem como objetivo “tentar salvar o ‘dito’ [...] da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis” (p.31); (4) parte-se de miniaturas etnográficas para se levantar conclusões mais amplas. Isso porque “fatos pequenos podem relacionar-se a grandes temas [...] porque eles são levados a isso” (p. 34). As dinâmicas sociais e seus significados, adverte o autor, estão dentro de um "universo imaginativo" dentro do qual as ações humanas são determinadas e fazem sentido para os que dela participam. Nessa perspectiva,

“fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado. A cultura, esse documento de atuação, é portanto pública” (p. 20).

Tal afirmação nos coloca frente a frente com a tarefa que se impõe ao etnógrafo: em meio à multiplicidade de estruturas conceituais complexas (sobrepostas, amarradas umas às outras, simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas), ler/apreender os significados para, então, apresentá-los, ou seja, lançar mão de um vocabulário compatível para expressar o papel da cultura na vida humana. Note-se que tal proposição está em acordo com a pesquisa que realizo na medida em que o foco da minha atenção é a “autopercepção” da saúde bucal. Falar em “autopercepção” é assumir que está em jogo uma concepção/significação de si e do outro e que ela pode ter especificidade dependendo do contexto cultural no qual o sujeito está inserido.

4. Sujeitos da Pesquisa

Foram selecionados aleatoriamente 10% dos idosos que participaram da pesquisa do SAD-HSPMSP, ou seja, onze deles. Os referidos sujeitos foram atendidos em domicílio no período compreendido entre fevereiro/2008 e novembro/2008. Os critérios para participação foram os seguintes:

- Inclusão:
 - acima de 65 anos de idade
 - sexo feminino ou masculino
 - pacientes assistidos em domicílio pelo SAD
 - que receberam tratamento do dentista
 - dentado ou edentado
 - com ou sem uso de prótese
 - que aceitaram ser entrevistados

- Exclusão:
 - pacientes assistidos em domicílio com menos de 65 anos
 - pacientes assistidos em domicílio com mais de 65 anos que não receberam tratamento do dentista

Em se tratando de um estudo que envolveu seres humanos, este foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HSPMSP, com registro de número 143/2008.

5. Análise/interpretação dos dados

Esclareço, de início, que dos 11 idosos participantes desta pesquisa, 64% eram homens e 36% eram mulheres, com idade variando entre 65 e 94 anos. Levando em conta a saúde geral, investigou-se os tipos de doenças sistêmicas que os acometiam, sendo a de maior prevalência a demência do tipo Alzheimer, seguidas de outras, conforme se vê no gráfico abaixo (Gráfico1).

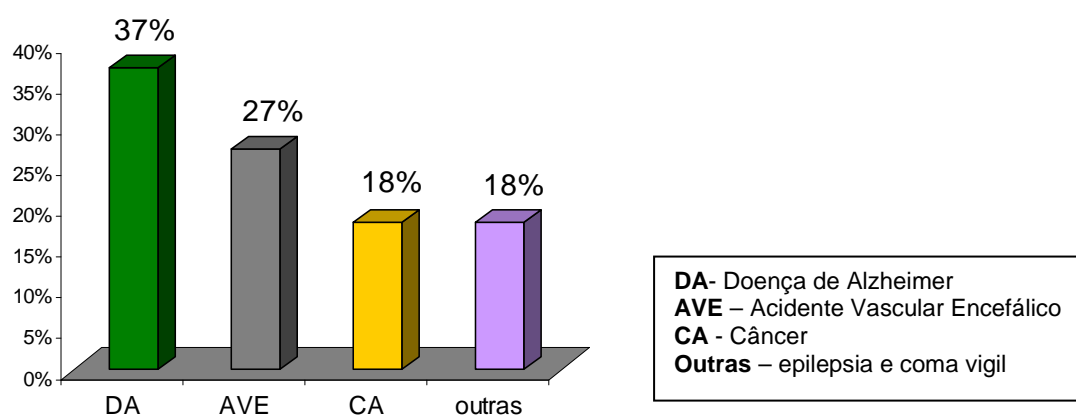


Gráfico 1
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo prevalência de doenças sistêmicas, SAD, 2008.

Como a seleção de sujeitos foi aleatória, a constatação dessa distribuição gerou uma necessidade ainda maior de inclusão dos cuidadores também como sujeitos da pesquisa. Isso porque havia um número relevante de

portadores de doença de Alzheimer (e é preciso que se diga, em estágios mais avançados de manifestação) e/ou de outras enfermidades que criavam obstáculos ao sujeito para falar e responder por si. Tendo isso em vista, esclareço o modo como se distribuíram os sujeitos que responderam à entrevista: (Gráfico 2).

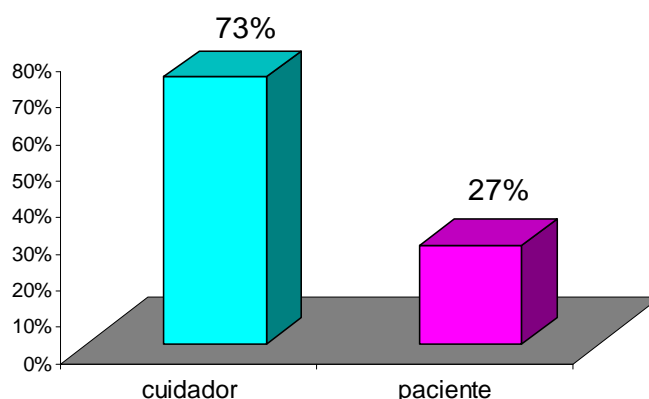


Gráfico 2
Distribuição de freqüência de cuidadores e pacientes segundo a participação na entrevista, SAD, 2008.

Há ainda, um outro esclarecimento a ser feito relativamente ao universo de cuidadores que está em causa nesta investigação. Devido às condições sócio-econômicas dos idosos assistidos pelo SAD, 100% deles são pessoas do núcleo familiar dos pacientes. Decidiu-se, então, levar em conta o grau de parentesco entre eles (como se vê no Gráfico 3) e o modo como tal relação se projeta no “dizer sobre” o paciente. Não se marginalizou, portanto, os efeitos dessa relação (e sua história) na representação que esse outro faz da saúde bucal dos sujeitos idosos que estão em questão nesta dissertação. É nessa medida que explorarei a “percepção” da saúde bucal de sujeitos leigos e o efeito da intervenção odontológica sobre os pacientes por eles cuidados.

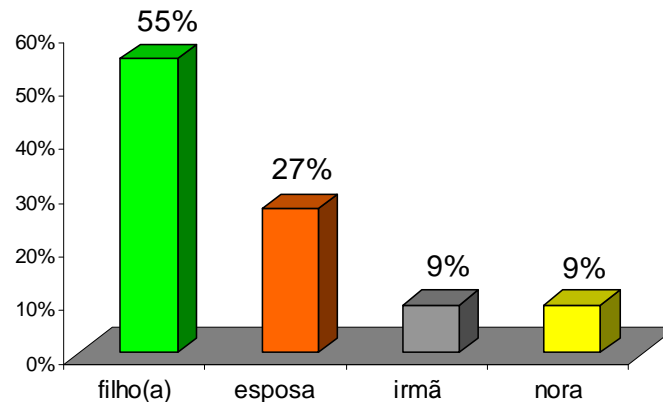


Gráfico 3
Distribuição de frequência de cuidadores segundo o grau de parentesco, SAD, 2008.

Vale chamar a atenção, também, para o fato de que no universo de cuidadores entrevistados, quatro cuidavam de pacientes demenciados, um de um paciente com câncer laríngeo, um de um paciente diagnosticado como “epiléptico”⁹, um de um paciente em coma vigil e outro de um paciente afásico. Todos esses pacientes apresentavam distúrbios de linguagem em função dos quadros patológicos apresentados. Vejamos, então, do ponto de vista quanti-qualitativo o modo como se apresentaram as respostas às questões da entrevista.

No que diz respeito à primeira indagação feita - “ **você está satisfeito com a sua boca neste momento (após a intervenção odontológica)?**” (dirigida ao próprio paciente) ou “ **você acha que ele está contente com a boca neste momento?**” (dirigida ao cuidador) – as respostas foram:

(A) entre os pacientes, 67% responderam que estão satisfeitos com sua boca e 33%, disseram que “mais ou menos”. Sob a etiqueta “satisfação”, acho importante explorar, inicialmente, o que me disse a **Sra. Maria**¹⁰, uma paciente de 67 anos, seqüelada por AVE que, entretanto, se comunica

⁹ Embora distúrbios de linguagem não se associem comumente à epilepsia, neste caso é preciso esclarecer: o paciente apresenta problemas para articular fluentemente a fala, o que acarreta um tempo de produção bastante longo com falas incompletas e imprecisas, dificultando o entendimento do que é dito.

¹⁰ Os nomes de pacientes referidos nesta pesquisa são fictícios.

verbalmente. Vale ressaltar que, antes da realização da intervenção odontológica, a mesma apresentava-se dentada, com cáries e doença periodontal, razão pela qual, a demanda primeira que me dirigiu foi: *“eu queria por dentadura”*. Pela avaliação clínica que realizei, vi, entretanto, que a melhor opção seria um tratamento conservador. Expus isso a ela que, acabou por concordar com a intervenção proposta. Os resultados foram excelentes. É assim que entendo o seu grau de satisfação, relatado como: *“agora, estou [contente], porque dá para eu comer direitinho [...] antes de ficar doente, eu tratava bem dos meus dentes. Era muito vaidosa com meus dentes [...] [a dentista] veio, começou a cuidar dos meus dentes e ficou bonito”*.

O estado precário de conservação dos dentes da **Sra. Maria** resultava das seqüelas motoras impostas pelo acidente vascular encefálico (AVE) e, por conseqüência, da instauração de um quadro depressivo associado a tais dificuldades, um dado importante, encoberto na investigação epidemiológica. Importante porque era essa, de fato, a verdadeira razão pela qual ela não pensava em tratá-los e não conseguia higienizá-los adequadamente. Assim, anteriormente, ela só via uma saída radical para a precariedade de sua condição bucal e não parecia enxergar a possibilidade de conservar os próprios dentes e garantir suas funções normais, inclusive, a de mastigação. Ao insistir na possibilidade de um tratamento odontológico conservador, fiz ver que era possível, com o treino da mão não-seqüelada, manter sua saúde bucal em bom estado. Contei com sua cooperação e aposta. Assim, com o término do tratamento, ela chegou a dizer: *“a gente precisa ter dentes [...] eu não quero ficar completamente sem dentes”*.

A intervenção promoveu, portanto, uma valorização dos dentes dessa paciente, bem como um resgate cultural da ação básica que fundamenta a higiene bucal. Mas, não só: houve também um resgate subjetivo importante. De fato, por imposição da doença (AVE, suas seqüelas sensório-motoras e emocionais), “adormeceu-se” a possibilidade desse sujeito de se haver com algumas de suas necessidades primeiras. Reconhecer que seu corpo poderia reagir às adversidades impostas pelo quadro patológico foi o que me motivou a investir clinicamente na mudança de sua condição bucal. Esse investimento pode ser visto como uma aposta na possibilidade desse corpo de resgatar

parte (importante!) da sua condição pré-mórbida. Talvez, por isso, apesar da depressão, essa senhora pôde ser tocada pela minha proposta.

O resgate subjetivo, antes referido, promoveu uma abertura no olhar dessa paciente, na medida em que por efeito do tratamento, a questão estética relativa à condição bucal passou, também, a ser referida como importante: “[a dentista] veio, começou a cuidar dos meus dentes e ficou bonito”. Uma outra consequência, associada a essa, traz à cena efeitos sociais desse cuidado: “eles (pessoas de seu convívio social) perguntam se eu cuido (dos dentes)”. Isso porque, eles se apresentam “bonitos”. Até então, a **Sra. Maria** não havia mencionado qualquer reação das outras pessoas relativamente à sua apresentação social e, muito menos, ao estado de seus dentes. Quando, entretanto, eles são recuperados (tanto do ponto de vista funcional, quanto do ponto de vista estético), o cuidado consigo se fez notar socialmente. Esse reconhecimento implica outro: o de que há no corpo atingido pela doença, um sujeito. “Satisfação”, aliás, tem mesmo a ver com a dimensão subjetiva da existência.

Examinemos, agora, o “mais ou menos” que aparece na resposta da **Sra. Tina**, uma paciente de 87 anos, seqüelada por AVE e que se comunica verbalmente. É bom lembrar que antes da realização da intervenção odontológica, ela se apresentava edentada superior e inferior, com uso de próteses desadaptadas. Como ela havia se acostumado com o desajuste das próteses, não deixou de usá-las. Quando perguntei se ela iria a um consultório para mexer nas próteses, disse: “se precisasse iria”, demonstrando que não percebia a necessidade de ajustá-las. Com o tratamento realizado (reembasamento), ela mesma pôde perceber a mudança positiva, afirmando que “para falar [...] para comer, para mastigar, está melhor”. Como entender, então, o significado da avaliação “mais ou menos”?

Vejamos, nos intervalos que se manifestam em seu dizer, como uma dimensão de “normalidade” relativamente à condição de velho, responde por isso. Para ela, é normal “com o tempo ir perdendo [os dentes], nós não somos eternos [...] Deus nos deu tudo isso [...] Ele já nos dá completo [...]”. Como se vê, o que orienta a fala dessa senhora sobre sua satisfação com a condição bucal é uma representação cultural, um discurso predominante baseado em crenças religiosas e, conseqüentemente, as “redes de significação” que nele se tecem (ou

podem se tecer) implicitamente, como por exemplo: (1) *Deus fez tudo perfeito, cabe ao homem contribuir para que isso permaneça;* (2) *o homem é imperfeito;* (3) *se não somos eternos, se morremos, a perda é um processo natural;* (4) *o processo que envolve vida-morte é um processo marcado pela degeneração já que, como ser imperfeito, o homem não cuida do seu corpo como deveria ser;* (5) *perfeição, completude, são essências divinas, não humanas.* Um imaginário bem em acordo com a representação negativa de velhice, que discuti no primeiro capítulo desta dissertação.

Cabe, finalmente, dizer que a **Sra. Tina** faz uma indagação bastante esclarecedora das representações que, de fato, estão em jogo aqui. Ela diz: *“não tem nada como dente natural, não é?”* Sob essas palavras se ratifica a idéia de que a perda é a marca natural da velhice, por isso, quando se vive a condição de velho passa a ser natural não ter dentes naturais. Então, pode-se ler no seu *“mais ou menos”* um lamento pela condição de velho (nada se compara aos dentes naturais, nada se compara à juventude!). Deve-se, portanto, questionar a aparente resignação com a “normalidade” da condição de velho que emerge no discurso dessa senhora. Nessa medida, entendo que o seu “mais ou menos” não está em relação direta com os resultados obtidos pela intervenção odontológica (e, conseqüentemente, com sua condição bucal atual), mas sim com o “inelutável” da velhice que para ela se apresenta. Outro dado que não pode ser problematizado na avaliação objetiva, que se implementa nos estudos quantitativos.

(B) entre os cuidadores, 87% responderam que sim e 13% que não. Se essa distribuição quantitativa deixa ver um efeito positivo de mudança na condição de saúde bucal dos pacientes tratados por mim, ela, entretanto, obscurece o modo como tal mudança é referida pelo cuidador. Tomo como exemplo a resposta da filha do **Sr. José** um paciente de 90 anos, portador de doença de Alzheimer, cuja fala é desarticulada têmporo-espacialmente: *“é ... ele percebe que tem dentes e aí ele acha que ... às vezes ... vai nascer mais dentes nele. E ele conta pros outros: tá nascendo um dentinho em mim!”*. Vale destacar aqui o efeito subjetivo-social que, segundo a cuidadora, foi produzido por efeito da intervenção odontológica: o espaço bucal passou a existir para esse sujeito e se tornou motivo para interação com o outro. Não quero dizer com isso que a

intervenção clínica odontológica possa, de algum modo, barrar a progressão da doença de Alzheimer. Mas não posso marginalizar o que testemunhei na clínica e que aparece na voz da filha do **Sr. José**: o paciente foi mobilizado pelo efeito da técnica que implementei. E, diga-se de passagem, para além do que eu esperava, já que o que aparece em primeiro plano para referir a satisfação, após a intervenção clínica, não é melhora na mastigação, nutrição, etc. (embora isso tenha acontecido e tenha sido referido mais tarde), mas sim uma certa descoberta que envolve (re)significar o corpo (a boca). Nessa (re)significação, uma demanda de comunicação se atualizou na convocação ao outro social.

Entendo ser importante, também, dar voz aqui àquela cuidadora (a única) que referiu que a paciente não estaria contente com os resultados alcançados pelo tratamento implementado: a nora da **Sra. Glória**, uma paciente de 75 anos, que apresenta um quadro de demência do tipo Alzheimer e não se comunica verbalmente. Antes da realização da intervenção odontológica, a paciente apresentava-se edentada superior e inferior sem uso de próteses, embora ela as possuísse. A intervenção se fez em dois sentidos: (a) reembasamento e (b) orientações para o seu uso efetivo. Nesse caso em particular, embora as próteses estivessem perfeitamente ajustadas à cavidade bucal, não se conseguiu que o seu uso se tornasse efetivo. A cuidadora afirmou, então: *“eu acho que ela não está contente dessa forma. Porque quando coloca a prótese nela, ela fica mais agitada e ela tira”*.

É preciso colocar em destaque, nesta análise, que a **Sra. Glória** está bastante comprometida do ponto de vista motor e, pela minha avaliação, seria bastante surpreendente constatar que ela tivesse coordenação para “tirar” as próteses da boca. Inclusive, indaguei sobre isso, como se vê na seguinte seqüência dialógica que se configurou na situação de entrevista:

D – Vocês (cuidadora e filha) tentaram por algum tempo [reintroduzir as próteses]?

C – A gente insistiu uns vinte dias. Aí colocava, e ela tirava.

D – Ela tirava sem perceber?

C – Eu acho que sim, porque quando a gente vai ver, está na cama.

Não se trata aqui de colocar em dúvida as palavras da cuidadora. Contudo, esse caso nos ensina que, se é verdade o que se disse sobre a **Sra. Glória**, mesmo em estágios avançados da doença de Alzheimer, sutilezas subjetivas poderiam determinar o andamento do tratamento odontológico (uma recusa da paciente). Se qualquer suspeita puder, também, recair sobre a veracidade do acontecido, tem-se que levar em conta, por outro lado, que a vulnerabilidade/fragilidade dessa paciente idosa a colocaria numa situação de dependência total das ações do outro. Nesse caso, a responsabilidade do insucesso do tratamento recairia sobre o outro-cuidador (que, por motivos diversos, não poderia atender à demanda de insistir no uso das próteses) e/ou sobre o dentista (que, embora tenha conseguido, do ponto de vista objetivo, condições para o uso das próteses, do ponto de vista clínico, sua ação não pôde mobilizar subjetivamente, seja a paciente, seja a cuidadora).

Não posso deixar de dizer, também, que, em nenhum momento, no atendimento deste caso, apareceu qualquer demanda da cuidadora relativa a modos outros de insistir para que as próteses se tornassem efetivas. É preciso mencionar que a nora da **Sra. Glória** tem sob sua responsabilidade os cuidados da própria casa, além dos que dispensa à sua sogra, que mora perto, mas noutra edificação. E, também, que essa configuração resulta de uma decisão - que ela “teve” que tomar - de abandonar o emprego que tinha, para assumir os cuidados com a paciente. Não posso afirmar que tais considerações tenham relação direta com a dificuldade de insistir no uso das próteses, mas acredito que, de algum jeito, o exposto jogue um papel nessa direção.

O que recolho do insucesso que se apresentou neste caso é que uma clínica tem seus limites. Em alguns casos, no atendimento a idosos, eles correm por conta de condições orgânicas desfavoráveis; em outros, de sutilezas subjetivas (de cuidadores e/ou pacientes), em outros, de uma “falta” localizada na formação técnica do profissional dentista, qual seja: base para “reconhecer” que tais sutilezas estão em causa e modos de manejá-las.

Vejamos, agora, como se apresentaram as respostas à segunda questão que dirigi aos entrevistados, qual seja: “**é normal o idoso não ter dentes?**”

(A) entre os pacientes, 33% responderam que sim e 67%, que não. A **Sra. Tina**, paciente já mencionada anteriormente, foi a única a dizer que considera normal a perda de dentes na velhice. O argumento que justifica sua posição vai na mesma direção, antes assinalada: “é, com o tempo vai perdendo (os dentes), nós não somos eternos!”. Vimos, na discussão da questão nº 1, que há uma forte convicção religiosa que está na base de sua crença na normalidade da perda (inclusive dos dentes) que se impõe à velhice.

A **Sra. Lúcia**, ao contrário, é incisiva ao dizer: “*não [acho normal]. Acho que a gente deve ter [dentes]*”. Aos 79 anos, ela apresenta um quadro de CA de intestino e antes da realização da intervenção odontológica, apresentava-se edentada superior, com uso de prótese antiga e, dentada inferior, com cáries e doença periodontal. O que a análise dos dados está me levando a concluir é que, na faixa etária dos pacientes que são sujeitos desta pesquisa, a falta dos dentes e/ou o comprometimento na conservação deles, parece correr por conta da dificuldade de acesso seja à informação sobre o modo de conservá-los, seja ao próprio serviço de odontologia. Um retrato da realidade brasileira relativamente aos cuidados dispensados à saúde bucal de seus cidadãos há algumas décadas atrás. Lembro aqui o conceito (ainda atual) de “geração perdida”, discutido no capítulo 2. Interessante é, entretanto, poder recolher, através dessa metodologia qualitativa, as diferentes reações subjetivas aos “danos” causados pela displicência governamental: se a **Sra. Tina** se abriga na religião para justificar o que ela não gostaria de ter perdido, a **Sra. Lúcia** não entende que “perda” dos dentes e “velhice” seja uma equação natural. Resta indagar sobre o que responderia pelo fato de que, embora nos últimos 30 anos, políticas públicas voltadas para a saúde bucal não tenham tido efeito sobre seu comportamento no que diz respeito à adoção de ações para conservar em bom estado os dentes que lhe restavam. Esse *gap* entre o acesso à informação e ao serviço e a ação subjetiva necessária para fazer valer o direito à saúde bucal precisa ser melhor investigado. No âmbito dessa pesquisa, a direção indicada para responder tal questão é a de explorar de modo mais vertical as contingências subjetivas em jogo. Infelizmente, na entrevista não me ative a isso no momento em que ela aconteceu. Mas, o que se revelou aqui, certamente produzirá efeitos em outras investigações que, com certeza, ainda farei.

(B) entre os cuidadores, 25% responderam que sim, 63% que não e 12% não souberam responder. Entre os que acham normal a perda dos dentes na velhice, coloco em destaque os dizeres da esposa do **Sr. João**, paciente de 88 anos, seqüelado por AVE e que apresenta um quadro de fala bastante prejudicado. É preciso esclarecer que antes da realização da intervenção odontológica, o mesmo apresentava uma condição precária de conservação dos dentes (cáries, doença periodontal, raízes residuais, inúmeros focos de infecção). Minha avaliação clínica indicou a necessidade de um tratamento radical: exodontia múltipla. Tal indicação teve conseqüências porque, naquele momento, não foi possível, no âmbito do SAD-HSPMSP, providenciar a confecção das próteses necessárias para substituição dos dentes naturais. A nova condição bucal do referido paciente – edentado – entretanto, tornou-se uma condição muito mais favorável à sua saúde do que a anterior, como se lê na seguinte declaração de sua esposa: *“antes do tratamento era aquela coisa ... ele não podia comer, ele gemia de dor de dente. Aí, para não dar comida, eu dava leite. Mas, não podia só leite e chá [...]. Aí, passei para um mingau bem fininho ... e eu colocava na mamadeira e ele chupava aquele mingau [...] e, depois dessa cirurgia, doutora, não tinha nada que ele não comesse”*.

As considerações relativas à precariedade da condição bucal do paciente estão, em parte, em relação direta com a resposta positiva dada pela cuidadora à indagação de se “é normal idoso não ter dentes?” Ela diz: *“no meu pensamento acho que é normal. Como eu já passei por isso...”*. Note-se, de um lado, que a referida “normalidade” tem a ver com o fato, experimentado por ela, de também ter perdido os dentes. Lembro aqui da hipótese de Mello e Padilha relativa à relação entre autopercepção do cuidador e o cuidado que ele dispensa ao idoso, referido no estudo de Saliba *et al.* De outro lado, esse enunciado é uma chave para se entender o tipo de representação sobre saúde bucal que predomina nesse grupo familiar: a perda dos dentes é normal quando se atinge um estado precário de conservação, tal como aquele que se configurou no caso de seu marido. O que parece não estar em causa aqui é um questionamento sobre como “conservar” os dentes antes que se atinja tal estado.

Observei, no curso do tratamento clínico, que seria de minha responsabilidade informar e debater questões relativas à higienização e conservação dos dentes, levando em conta que se “conservação” não é mais possível, ainda assim a higienização é essencial para a saúde bucal. Se, num primeiro momento, a cuidadora resistiu a acatar as orientações feitas, com o resultado final obtido pela intervenção odontológica, ela se conscientizou da sua importância: *“toda a hora que eu dava um leite, a comida, a janta, eu fazia a limpeza da boca do João”*. Ela entendeu que cuidar dos dentes evita um estado precário futuro, ao ponto de se dirigir à equipe do SAD-HSPMSP com as seguintes palavras: *“vocês não vão ficar iguais ao João, porque não pode. Vocês cuidem do dente. É ruim demais, não é doutora?”*

Esse caso nos ensina que a precariedade de conservação dos dentes e da saúde bucal está em relação direta com representações, significados, a ela atribuídos. É no âmbito da cultura que se disseminam idéias que a favoreçam ou não. Vimos que neste grupo social familiar, os seus componentes não foram mobilizados pela ideologia preventiva da saúde bucal, que circula culturalmente. Assim, a perda dos dentes (que não é natural) se configura como natural. Entretanto, a intervenção odontológica realizada pôde mobilizar idéias cristalizadas sobre a normalidade da perda de dentes na velhice.

Para além disso, me arrisco a dizer que, em função dela, o sujeito em questão – **Sr. João** – conquistou uma condição bucal livre de dor, pôde se alimentar melhor e, não se deve esquecer, se livrar da “mamadeira” e, conseqüentemente, de uma posição subjetiva infantilizada. Se o resultado final da intervenção não atingiu o desejável – o uso de próteses dentárias -, considero o que acabo de assinalar como um ganho importante, que se produziu por efeito do atendimento odontológico.

Passemos, agora, à exploração das respostas obtidas à terceira questão da entrevista, qual seja: **“não ter dentes ou tê-los em estado ruim interfere na vida do paciente?”**.

Todos os entrevistados, cuidadores e/ou pacientes, responderam que sim. Por isso, na situação de entrevista, procurei uma maior explicitação dessa posição, ao indagá-los: **“no quê?”**. Seis categorias discursivas se

apresentaram como justificativa à resposta dada. No que diz respeito aos pacientes, elas foram elencadas no gráfico 4 e, quanto aos cuidadores, foram mencionadas no gráfico 5:

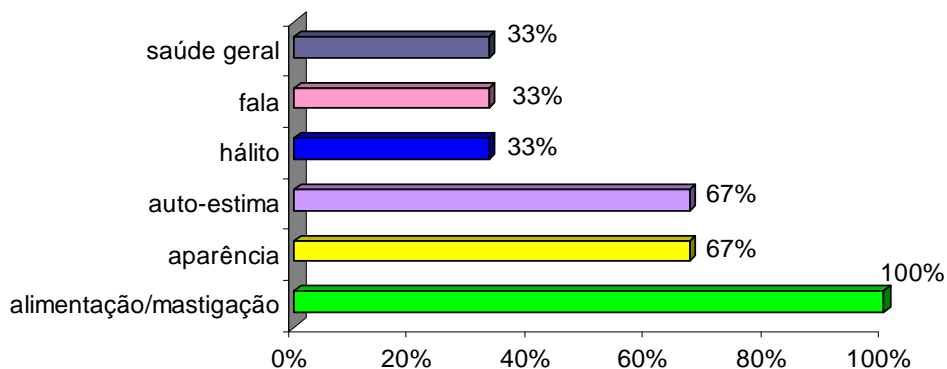


Gráfico 4
Distribuição de freqüência de itens mencionados pelos **pacientes**, que interferem na vida da pessoa, por ter dentes em estado precário ou não tê-los, SAD, 2008.

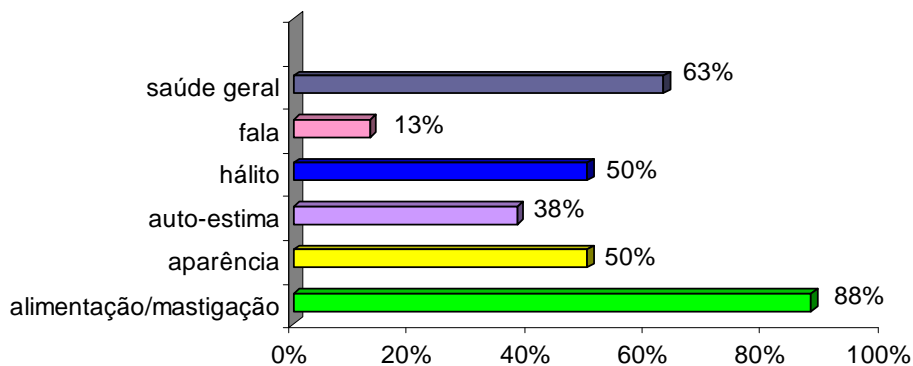


Gráfico 5
Distribuição de freqüência de itens mencionados pelos **cuidadores**, que interferem na vida da pessoa, por ter dentes em estado precário ou não tê-los, SAD, 2008.

Se levarmos em conta tais resultados, concluímos que tanto cuidadores (88%), quanto pacientes (100%) consideram que dificuldades relativas à “**alimentação**” e “**mastigação**” constituem o grande prejuízo que se impõe ao

sujeito, quando os dentes estão em estado precário de conservação (ou ausentes). Nessa primazia representacional, devemos levar em conta, também, pela estreita relação que entretém com a primeira, a emergência significativa de outra categoria discursiva, qual seja: “**saúde geral**” (63%, para cuidadores e 33%, para pacientes). Na entrevista realizada com a filha do **Sr. Vado** - paciente de 86 anos, que apresenta um quadro de demência do tipo Alzheimer e não se comunica verbalmente – a articulação entre essas categorias discursivas é flagrante. Para entendermos melhor a rede de significações que se tece em seu dizer, cumpre esclarecer que a condição bucal inicial desse paciente era edentado superior e inferior sem uso de próteses. De acordo com a cuidadora, antes do tratamento, *“ele não podia se alimentar, era só na base do café com leite [...] quando ele ia comer alguma coisinha, assim de mastigar, a prótese caía”*. A desadaptação comprometia, portanto, a mastigação e a deglutição e era a razão pela qual o **Sr. Vado** teria deixado de usá-las. A filha se preocupava com tal situação: *“ele vai morrer ... já ta magro”*. Note-se aí um vínculo explícito entre saúde bucal e saúde geral.

Ela assinala, também: *“eu não me conformava com isso, eu brigava com minha mãe [...] aí eu tentava botar aquele dente dele [...] eu achava que se ele tivesse (a prótese), ele mastigaria melhor”*. Por isso, a filha toma a decisão de recusar a manutenção da dieta líquida que era naturalmente realizada: *“eu começava a dar o que? [...] tudo amassado. Eu não me conformava com isso”*. Nesta última afirmação aparece implicitamente, a necessidade de uma ação capaz de promover uma mudança nessa condição. Essa ação se consolida quando o reembasamento da prótese é realizado e uma nova adaptação é concretizada. Então, a cuidadora relata: *“depois que ela ficou bem fixa [...] ficou uma beleza [...] ele mastigava e não tirava a prótese [...] não sentia nada, não engasgava, mastigava bem [...] ele precisava disso. Ele tava muito magro”*. Ela acrescenta, ainda, que *“vendo fotografia dele de quando ele tava sem e depois que foi colocada, nossa!... encheu a bochechinha dele”*. Com alguma surpresa, escutei a filha dizer: *“eu nem imaginava que poderia ter jeito a situação do meu pai”*. Atribuo isso não só à falta de conhecimento técnico, mas principalmente, à projeção do conceito de “demência” (morte anunciada irreversível), aliado ao de “geração perdida” sobre o imaginário popular. Note-se aí que a questão relativa à nutrição foi a

que mais a preocupou e, de fato, é a que mais preocupa os cuidadores (e também os sujeitos idosos) nessa faixa etária.

Se o dado quantitativo, expresso na resposta a essa primeira questão, ratifica as pesquisas relativamente à prioridade (e, ao mesmo tempo, articulação) da saúde geral sobre a bucal (Ministério da Saúde, 1986), entendo que ele, também, indica uma relação direta com a experiência: (1) de ter perdido os dentes, no caso dos pacientes e, (2) de conviverem tão de perto com as reais dificuldades decorrentes desta perda, no que concerne os cuidadores. Vale retomar, neste momento, o modo como se apresentava a condição bucal destes pacientes: no gráfico 6, o foco recai sobre a presença/ausência de dentes antes do tratamento e, no gráfico 7, sobre o estado de conservação daqueles que estavam presentes:

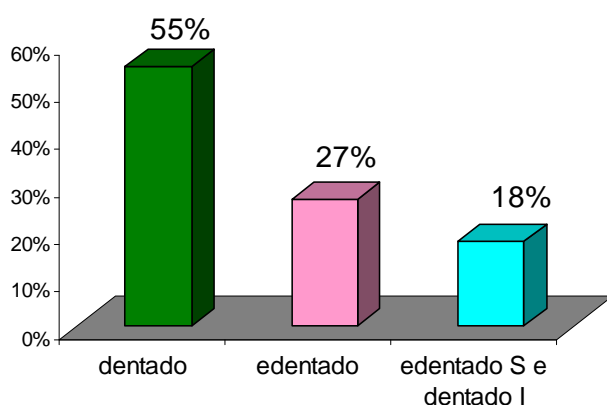


Gráfico 6
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo edentulismo, SAD, 2008.

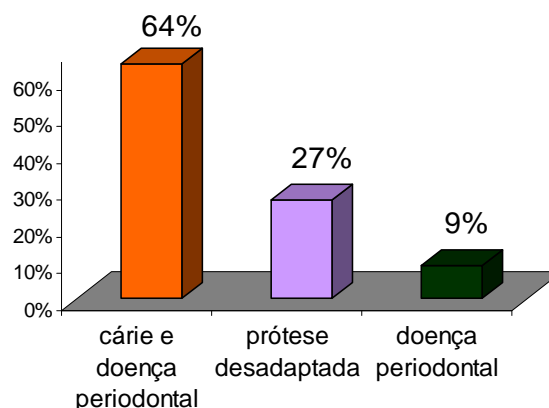


Gráfico 7
Distribuição de frequência de pacientes examinados, dentados, relacionando a necessidade de tratamento, SAD, 2008.

Tendo em vista esses dados, procurei explorar um pouco mais os fatores que poderiam responder pela precariedade da condição bucal aí retratada. Assim, investiguei quem figurava como responsável pela realização das AVD's (na qual a higiene bucal está inserida). Obtive os resultados expressos no gráfico 8, abaixo:

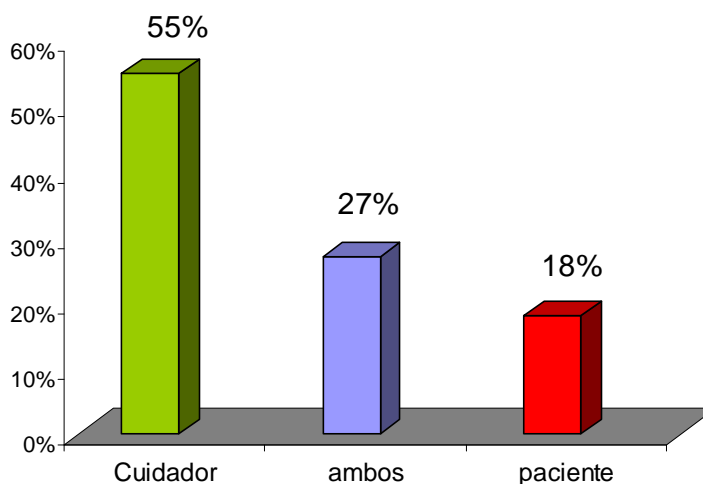


Gráfico 8
Distribuição de frequência de pacientes
segundo à realização das AVD's,
SAD, 2008.

Como se vê, mais da metade dos pacientes que participam desta pesquisa apresentavam dependência total do cuidador para realizar suas AVD's. Ratifica-se, assim, a importância da **inclusão da percepção dos cuidadores** na reflexão sobre saúde bucal de idosos frágeis. Nessa perspectiva, me deparei com dados surpreendentes, tanto no que diz respeito à relação direta entre “falta de conscientização” x “displicência no cuidar”, como também na mudança de posição produzida por efeito: da orientação sobre higienização (fundamento primeiro da condição saudável dos dentes) e/ou da própria mudança na condição bucal que se obteve com a intervenção odontológica.

Vejamos, por exemplo, o caso do **Sr. Dito**, um paciente de 68 anos, que apresenta um quadro de epilepsia e se comunica verbalmente com extrema dificuldade. Antes da realização da intervenção odontológica, ele apresentava-se edentado superior com uso de prótese e dentado inferior com doença

periodontal (cálculos, gengivite e periodontite). Sua irmã (cuidadora), embora tenha afirmado que a higiene bucal *“é o que vai determinar se a pessoa vai ter dente por bastante tempo ou não”* (resposta que pode ser tomada como indicativa de que havia um nível de conscientização favorável), esclarece, a seguir que, antes do início da intervenção odontológica, *“na maioria das vezes a gente dava uma água com algum anti-séptico para ele fazer bochecho”*. Do meu ponto de vista, é preciso colocar ênfase na expressão “maioria das vezes”, que se inscreve no dizer da cuidadora. Isso porque, se ela estava consciente da necessidade de se proceder uma higiene bucal adequada para manter em condições saudáveis os dentes presentes, o fato era que ela não era realizada como se devia e com a frequência necessária. Talvez se possa argumentar que as gengivas do **Sr. Dito** por se apresentarem muito inflamadas, causando dor, colocavam obstáculo à higienização adequada. Mas, talvez se deva considerar, também, que “algumas vezes”, nem mesmo o “bochecho” era realizado.

No início do atendimento, não consegui entender exatamente o “porquê” da aparente displicência dessa cuidadora. Com o decorrer do tratamento, e com a abertura do diálogo que se promoveu através da orientação/demonstração da higiene bucal, com uso de escova, ela passou a realizar a escovação correta no paciente. Entretanto, um comentário feito por ela na entrevista para esta pesquisa, me fez, retroativamente, entender o motivo pelo qual não se utilizava a escova dental para realizar a higienização correta da cavidade bucal. Ela disse: *“no nosso caso mesmo seria impossível mexer na boca dele”*. Esse *“impossível de mexer na boca dele”* só pôde ser escutado por mim agora, na realização desta dissertação. Isso porque, apenas neste momento em que me detenho mais profundamente nas falas dos pacientes e/ou cuidadores é que apreendi uma relação entre esse dizer e o quadro clínico do **Sr. Dito**, a epilepsia.

De fato, o que esteve sempre em causa foi o medo de que, durante a realização da higiene bucal, a escovação desencadeasse uma convulsão. Entendo, então, que este era o fator preponderante a dar “suporte” para o que, na superfície, se apresentava como displicência. Considero que minha intervenção, foi de fundamental importância, para que esse medo, calcado num mito, fosse desfeito. O que se observou, a partir daí, foi uma mudança positiva na condição bucal do **Sr. Dito**, acompanhada e fortalecida pela mudança de

posição da cuidadora. É o que se lê na seguinte seqüência dialógica, extraída da entrevista realizada:

C- Depois do tratamento, a gente procurou usar escovinha, limpar, fazer massagem na gengiva. A gente procura usar às vezes também bicarbonato na água e também algum anti-séptico. A gente tem feito assim.

D – Fez diferença a higiene de agora com a de antes, então?

C – Fez.

Já a cuidadora do **Sr João**, não higienizava os dentes do referido paciente porque não considerava importante fazê-lo. Vale retomar que ela, como apontado anteriormente, considerava “normal” idosos não ter dentes. Essa posição certamente respondia pela displicência com a higiene bucal do **Sr. João**. Só que, em face aos resultados obtidos com o tratamento, ela interessou-se pelas orientações e explicações sobre cuidados bucais, se dispondo a realizá-los, agora, freqüente e adequadamente: “*toda a hora que eu dava um leite, a comida, a janta, eu fazia a limpeza da boca do João*”. O que se espera é que essa experiência de mudança seja suporte para a manutenção da saúde bucal do **Sr. João**, mas não só: que ela tenha mobilizado a concepção que equacionava “perda de dentes” x “velhice”, antes sustentada pela cuidadora. Considero que o fruto dessa mudança possa, também, repercutir no seu grupo social (familiar e outros), favorecendo, mesmo que muito gradativamente, ações de exercício de direito (à informação e ao serviço), não só da denominada “geração perdida”¹¹, mas da geração que ainda não experimentou cáries.

Voltando aos resultados apresentados nos gráficos 4 e 5, é interessante notar que as categorias discursivas “**aparência**” e “**auto-estima**” são, depois de “**mastigação**”, “**alimentação**” e “**saúde geral**”, as mais mencionadas por pacientes (67% e 67% respectivamente) ou cuidadores (50% e 38%). Esse desdobramento, em importância de prejuízo, coloca em cena a relação entre corpo físico (organismo) e corpo habitado (sujeito). Note-se que “aparência” e

¹¹ Lembro que essa expressão refere a condição de pessoas que já tiveram experiência de cárie e que por essa razão encontra-se marginalizada relativamente às ações que envolvem investimento do Estado.

“auto-estima” dizem de uma preocupação para além da manutenção da vida biológica e indicam que “viver” uma vida saudável está em estreita relação com a noção de “bem-estar”. Essa última noção, inclusive, indica que estar bem envolve explicitamente uma condição interna (auto-estima) e outra externa (aparência), demonstrando que eu-outro são mutuamente constitutivos.

Não é outra coisa que se lê no depoimento da **Sra. Lúcia**, paciente que declara que, dependendo da condição dos dentes *“não pode se alimentar direito e também faz uma vista feia”*. A preocupação dessa senhora se expressa no par que articula, na existência humana, o biológico e o simbólico: dentes ruins comprometem a existência “de si”, “para si” e “com o outro”. Entende-se porque ela assinale que, com o término do tratamento, se tenha implementado qualidade à sua vida: *“eu me sinto melhor, ficou uma vista melhor”*. Eu me arrisco dizer (tendo em vista a história clínica dessa paciente) que ela se sente melhor “porque” ficou uma “vista melhor”. Neste caso específico, a melhora na aparência e o aumento da auto-estima configuram-se como os verdadeiros suportes para a manutenção da saúde bucal conquistada.

É no desdobramento dessas mesmas considerações que leio, nos gráficos 4 e 5, que **“hálito”** (33% de pacientes e 50% de cuidadores) e **“fala”** (33% de pacientes e 13% de cuidadores) são tomados, na seqüência, como os prejuízos mais importantes que decorrem da precariedade da condição bucal. Ambos nos remetem para a esfera subjetivo-social e, nesse sentido, é interessante notar, através da diferença de percentual, a importância que cada um deles pode adquirir, quando o que está em causa é o próprio sujeito ou, alguém que diz dele e por ele (neste caso, o cuidador). Note-se que, para os cuidadores, o “hálito” ruim é muito pior (50%) do que o comprometimento da fala (13%). Para os próprios idosos, entretanto, a perturbação na fala é prejuízo comparável (33%) ao “mau hálito” (33%). Sem dúvida alguma, o que responde por tal diferença é o efeito de uma condição sobre o próprio portador dela ou do seu efeito sobre um outro. O cuidador parece estar mais suscetível ao “cheiro ruim” que emana de uma boca “doente” do que ao modo como as palavras passam a ser proferidas (ou não) por ela. Talvez porque se “acostumem” mais facilmente a “tomar a palavra” do que conviver com ou manejar o mau cheiro que pode emanar de um corpo. Quando, ao contrário, está em causa o efeito sobre si de uma condição desfavorável, “mau hálito” e “fala” são nivelados

porque ambos podem impor, em medidas diferentes, um certo “isolamento” à vida social.

Vejamos, agora, como se apresentaram as respostas à quarta questão, qual seja: “**higiene bucal é importante?**”. Apesar de 100% dos entrevistados (pacientes e cuidadores) afirmarem que “sim”, se levarmos em consideração a avaliação objetiva do dentista, duvidaríamos da fidedignidade das respostas¹². É o que se demonstra nos gráficos 9 (condição inicial) e 10 (condição final) referentes à higiene bucal dos pacientes:

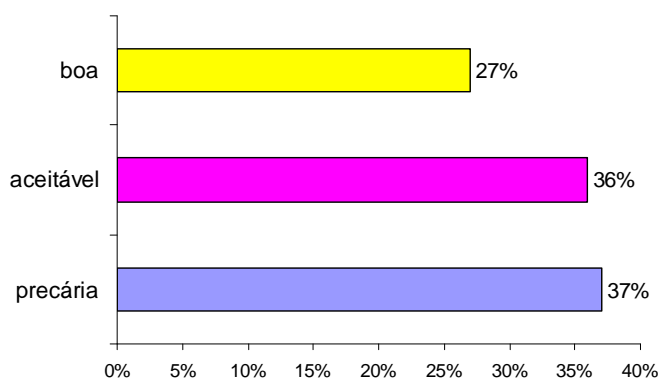


Gráfico 9
Distribuição de freqüência de pacientes examinados segundo a qualidade da higiene bucal **anterior** ao tratamento, SAD, 2008.

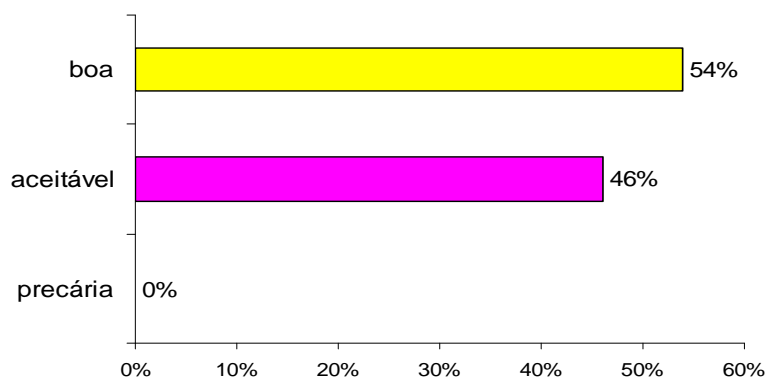


Gráfico 10
Distribuição de freqüência de pacientes examinados segundo a qualidade da higiene bucal **posterior** ao tratamento, SAD, 2008.

¹² Como se viu, inclusive, no encaminhamento da análise da questão anterior

A contradição observada entre a avaliação objetiva e subjetiva da condição bucal dos pacientes deve ser, portanto, examinada com mais cuidado. Começo pela consideração de que a entrevista aconteceu depois que o tratamento foi realizado. Entendo que os procedimentos de “orientação” (que inclui ações de higienização e seus efeitos) e terapêuticos propriamente ditos produziram, como já assinalai, uma mudança concreta, seja na condição bucal dos pacientes, seja na posição relativa às atitudes promotoras de saúde bucal. São elas que certamente respondem pela “unanimidade” atestada aqui. Então, essa resposta deve ser lida retroativamente: no que ela contém de “efeito” da intervenção odontológica realizada.

O caso do **Sr. José** diz à favor desta interpretação, exatamente porque ele era um dos que considere **aceitável** (nem precária, nem boa) a higiene bucal inicial (antes do tratamento). Essa condição mais favorável estava relacionada com uma atitude insistente da cuidadora de realizar a higienização, mesmo a contragosto do paciente: *“tem que escovar direito! Porque ele não gosta muito de escovar os dentes, ele reclama na hora de escovar. Mais eu escovo todos os dias e eu vejo que ele se sente bem”*. Mas, ao focalizar o atendimento realizado, tenho a oportunidade de tocar num outro ponto importante: de fato, não basta considerar necessária a realização da higiene bucal, é preciso realizá-la corretamente. E o que constatei à época do diagnóstico foi que apesar da cuidadora realizar a higiene bucal com frequência, a técnica exercida por ela, não era a mais eficaz. Ao orientar/demonstrar a técnica correta de escovação, a higiene bucal passou da condição de aceitável para boa.

O que esse caso me ensina, portanto, é que há uma complexidade inerente ao tratamento odontológico de pacientes idosos frágeis. Ela decorre da imbricação de muitos fatores, entre os quais destaco: conhecimento e domínio de técnicas diagnósticas e terapêuticas específicas e que estão vinculados ao sistema estomatognático; necessidade de um diálogo efetivo, seja com os pacientes, seja com familiares e/ou cuidadores, para que se possa planejar um tratamento que contemple, ao mesmo tempo, as reais demandas relacionadas à saúde bucal do paciente e a realidade que se lhe impõe (limites e possibilidades de enfrentá-los); escuta aberta para a dinâmica das relações em jogo no atendimento domiciliar. Insisto em dizer que questões subjetivas (e

aí estão incluídos pacientes e cuidadores) também estão em relação estreita com a efetividade do tratamento proposto.

Exploremos, agora, as respostas dadas à seguinte questão: “**o que você acha do atendimento do dentista em casa?**”. Quatro categorias discursivas marcaram presença nos dizeres de pacientes e cuidadores. Sua distribuição quantitativa encontra-se respectivamente representada nos gráficos 11 e 12, abaixo:

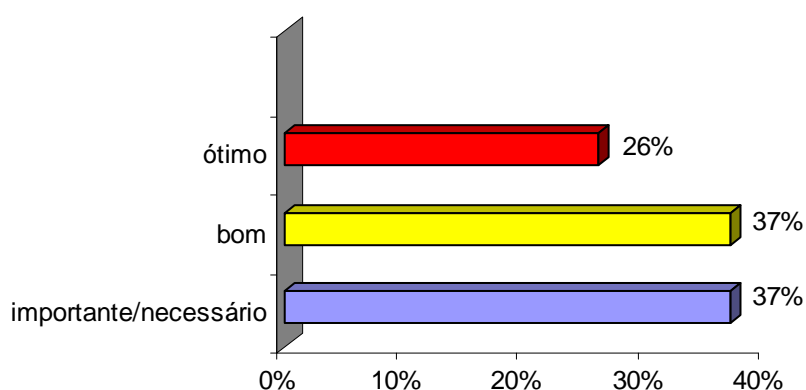


Gráfico 11
Distribuição de frequência segundo respostas dadas pelos **pacientes**, sobre o atendimento domiciliar, SAD, 2008.

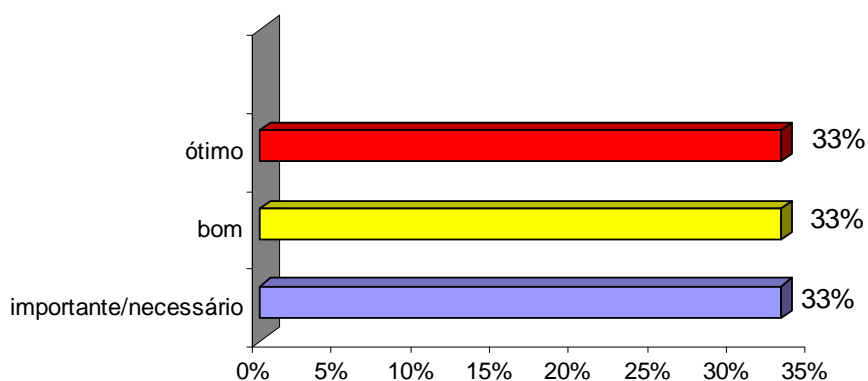


Gráfico 12
Distribuição de frequência segundo respostas dadas pelos **cuidadores**, sobre o atendimento domiciliar, SAD, 2008.

Como se vê, as respostas (tanto de pacientes, quanto de cuidadores) traduzem-se quantitativamente por uma avaliação bastante positiva desse serviço de assistência. Se nos descolarmos dos números e voltarmos o foco para a rede argumentativa que sustenta os dizeres avaliativos, nos deparamos com declarações, tais como as que se seguem: *“se não fosse o atendimento em casa, eu jamais me preocuparia com o dente [...] numa pessoa que tá nessa situação (doença de Alzheimer)”*; *“se não tivesse esse tratamento (em domicílio) seria muito difícil [...] se você desloca ele, não consegue andar direito, anda dois passos já quer sentar, porque as pernas já não tem mais firmeza, não tem mais equilíbrio”*; *“seria quase impossível [...] para estar levando ele ou para trazer um dentista particular aqui [...] não levaria”*; *“se fosse pra levar num dentista pra nós não daria”*; *“é difícil pra gente sair”*; *“como eu posso tirar ele daqui, não tem como”*; *“se vocês não viessem aqui, eu não sei como ia fazer”*; *“como eu ia tirá-lo daqui para tratar o dente no dentista? Não teria como!”*.

Sob essas palavras, temos algumas pistas relativas ao porquê da importância do atendimento domiciliar. Em grande parte das respostas, como era de se esperar¹³, o problema de locomoção comparece como a justificativa central. Entendo que não devemos apenas ficar nesse nível de constatação, mas explorar esse dado, do ponto de vista que envolve direitos/deveres do Estado. Nesse caso, deve-se levar em conta que a falta de disponibilidade de transporte adequado, para que pessoas portadoras de deficiência possam ser atendidas na rede pública, é que responde, em parte¹⁴, pela necessidade de um serviço domiciliar. A sua existência preenche, então, uma “falta”, fazendo valer o direito fundamental do cidadão de ter acesso ao atendimento na área de saúde.

Um outro argumento diz respeito à falta de dinheiro para sustentar um atendimento particular. Se ele, de um lado, diz das mazelas impostas pela má distribuição de renda, falta de emprego, salários achatados, etc; de outro lado, indica, do mesmo modo que o primeiro, uma omissão do Estado, não-estruturado para oferecer a todos (sem exceção) os cuidados necessários para a prevenção e promoção da saúde. O que também parece relevante, aqui, é o fato de que quem utilizou tal argumento não tenha explicitamente colocado em

¹³ Já que o serviço foi configurado exatamente para atender esse problema.

¹⁴ “Em parte” porque há muitos pacientes que, mesmo tendo a disponibilidade de tal serviço, não poderiam deixar o leito para a realização de um atendimento odontológico.

discussão essa “falta” e o seu direito subtraído. Uma posição “alienada” que, espero, possa ser superada exatamente pela experiência de ter sido “incluído” na rede de assistência. Afinal, essa é também uma oportunidade para descobrir a que se tem direito numa sociedade como a nossa.

Resta, para mim, comentar o mais surpreendente dos argumentos: não reclamar um direito, em função do tipo de patologia (Alzheimer) em causa. O psicanalista Jack Messy (1992), ao denunciar a facilidade com que se tem feito, na nossa sociedade atual, o diagnóstico irreversível dessa doença, faz um importante alerta relativo à possibilidade de “abandono insuportável em que são deixados esses pacientes, sob o pretexto falacioso de que são ‘inconscientes’, e mais ainda, incuráveis” (p. 119). Mais uma vez, conto com os resultados obtidos com a intervenção odontológica para indicar um caminho que possa evitar esse abandono.

Para concluir essa parte, coloco em destaque a resposta da cuidadora do **Sr. José**: *“quando tem uma ajuda dessa que é uma assistência domiciliar [...] que vem e faz um tratamento, é importante para eles, entra até como uma psicologia. Chega, conversa com eles, porque eles gostam muito [...] estão sempre querendo carinho e então quando eles encontram uma pessoa que chegue, que cuide deles [...] eles ficam calmos [...] eles ficam tranquilos [...] então quando você traz esse tratamento até eles, você está trazendo um carinho, uma alegria”*. Dois pontos me chamam atenção aqui. O primeiro, diz respeito ao fato de que a abertura de escuta do profissional dentista para o que dizem pacientes e/ou cuidadores produz uma identificação deste com a do profissional psicólogo. Acho que essa aparente fusão deve ser considerada pelo que ela representa de demanda: pacientes e/ou cuidadores esperam um atendimento que os acolha para além da técnica. Isso significa, do meu ponto de vista, que sem abrir mão da sua especificidade, dentistas devem incluir o “dar vez e voz” ao método clínico. Se na fala dessa cuidadora, há ganhos indiscutíveis (objetivos e subjetivos), posso garantir que a clínica também se beneficia dessa abertura e da humanização do atendimento na área da saúde.

A última questão dirigida aos entrevistados foi: **“o que mudou após o atendimento do dentista?”**. Explicitamente o que se pretendia era abrir espaço para a realização de uma comparação. Nessa perspectiva, inicio a

discussão esclarecendo os tipos de intervenção que foram realizadas, os quais se encontram representados no gráfico abaixo:

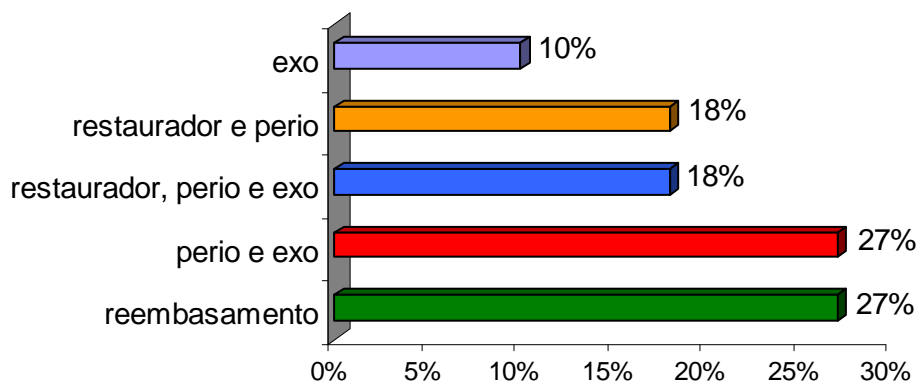


Gráfico 13
Distribuição de frequência de pacientes examinados segundo o tipo de tratamento realizado, SAD, 2008.

Pela ótica objetiva e exclusiva do dentista, todos os tratamentos realizados foram bem sucedidos. A seguir, abro espaço para a avaliação feita pelos próprios pacientes e/ou cuidadores, para saber quais são os significados que eles atribuem às mudanças produzidas efetivamente pelo tratamento:

Ref.: paciente

Antes do tratamento odontológico **Depois do tratamento odontológico**

Sr. Vado

“ele não podia se alimentar, é só na base do café com leite [...] quando ele ia comer alguma coisinha, assim de ele tirava e punha dentro do prato [...] ele vai morrer ... já ta magro”

“depois que ela ficou bem fixa (a prótese), ficou uma beleza [...] ele mastigava e não tirava a prótese [...] não sentia nada, não engasgava, mastigava bem [...] ele precisava disso [...] eu nem imaginava que poderia ter jeito a situação do meu pai”

Sr. José

“tem aquele hálito diferente e forte [...] cor do dente escura ... parecia que tava tudo podre”

“os dentes clarearam bastante [...] e eu vejo assim, que são dentes bem saudáveis [...] depois que fez o tratamento [...] melhorou muito até em relação dele mastigar, porque antes ele mastigava de boca aberta, ele deixava cair alimento, hoje não [...] deixa cair muito pouco e aí se alimenta bem melhor [...] ter dentes saudáveis pra você poder mastigar e ingerir tudo que você tem vontade, eu acho que é muito importante pra pessoa poder ter uma vida boa”

Sr. Dito

“a gengiva inflamada, sentia dor na hora de comer [...] a alimentação precisava ser tudo batido no liquidificador, porque ele reclamava quando ia mastigar”

“a gente já consegue dar só amassada com garfo, deixa mais grossinha. Então demonstra que deu resultado”

Sr. João

“antes ele sentia muito dor, punha muita secreção dos dentes e, sabe ... aquilo ali fazia mal [...] ele não podia

“não tem nada que ele não coma [...] Ah! Mudou muito, ele não geme mais, ele conversa direitinho”

comer. Ele gemia de dor de dente. Aí para não dar comida, eu dava leite, mas não podia só leite e chá...aí passei pro mingau bem fininho, eu colocava na mamadeira e ele chupava aquele mingau”

Sr. Carlos

“a boca tinha um odor desagradável”

“acho que ele está contente, porque ele nunca ia pensar em tratar os dentes [...] foi muito bom [...] ele ainda não está comendo normalmente, só tomando sopa. Mas, no meu modo de ver, mudou muita coisa, ele gosta de se alimentar melhor e vai conseguir mastigar”

Sra. Maria

“eu até falei para a dentista que eu queria por dentadura [...] eles (os dentes) estavam moles, não dava para comer direito, ruim para mastigar”

“agora, estou contente, porque dá para eu comer direitinho [...] ela (a dentista) veio, começou a cuidar dos meus dentes e ficou bonito”.

Sra. Glória

“não usa a prótese porque está folgada [...] ela se alimenta bem sim (sem a prótese), uma maçã a gente passa no ralador. [...] mordida os lábios, uma pêra, a mesma coisa, banana eu amasso, laranja, só dou o líquido”

“quando coloca a prótese nela, ela fica mais agitada e ela tira [...] também começou a morder a boca [...] estava ferindo, daí a Joana (filha) achou melhor... (tirar a prótese)”

Sra. Lúcia	<i>“estava ruim, porque tinha dente mole e tártaro também [...] não posso me alimentar direito e também faz uma vista feia”</i>	<i>“eu me sinto melhor, eu posso comer direito [...] ficou uma vista melhor [...] eu estou contente, ficou muito bom!”</i>
Sra. Tina	<i>“a gente está comendo, uma hora cai (a prótese), é ruim”</i>	<i>“está melhor [...] para comer, para mastigar”</i>
Sr. Menezes	<i>“ele ficava muito tempo com a mão na boca, devia incomodar”</i>	<i>“ele parece que se sente mais confortável [...] ele ficou mais sossegado [...] e até come melhor”</i>
Sr. Tarcísio	<i>“a gengiva dele era muito vermelha, eu acho que ele sentia dor [...] ele mexia muita a boca e a língua. A boca ficava muito tempo aberta e ficava tudo ressecado”</i>	<i>“o vermelho da gengiva sumiu [...] ele não fica mais com a boca aberta, aí não fica mais seco. E nem fica mexendo a boca à toa [...] a expressão do rosto dele mudou, é como se agora ele estivesse aliviado, é ... confortável”</i>

Talvez seja importante assinalar que referências a mudanças positivas na condição bucal constituem o ponto de encontro entre a minha avaliação objetiva (como dentista e pesquisadora) e a avaliação subjetiva de pacientes e/ou cuidadores. Aqui não se constatou propriamente um *gap*: há reconhecimento indubitável dos ganhos que se manifestaram em função da intervenção odontológica. A análise dos dados indica que, para além daqueles

comumente esperados – melhora na alimentação, mastigação, deglutição, fala, hálito, aparência, etc. -, outros ganharam relevância, quais sejam: mudanças na percepção corporal, incremento de auto-estima, de interação social.

Esses resultados, entretanto, devem ser articulados à discussão que, de um certo modo, respondeu pela realização deste trabalho de mestrado: ao entrar no domicílio dos pacientes me vi confrontada com a especificidade das dinâmicas que estavam em jogo nos grupos sociais familiares nos quais eles estavam inseridos. Essa análise me mostrou que a efetividade da intervenção técnica não se faz à revelia dessas relações e das sutilezas subjetivas (de pacientes e/ou cuidadores). Afinal, passam a estar em causa, no atendimento odontológico, a necessária mobilização de representações, muitas vezes estigmatizantes, da doença, do doente e da velhice. Elas, de fato, jogam um papel no auto-cuidado e no cuidado a ser dispensado ao paciente. Entendi que minha posição “técnica” deve se abrir para este “além da técnica”.

Dito de outro modo: o dentista é chamado a reconhecer que, em meio às necessidades mais básicas de saúde (nutrição, por exemplo) se misturam demandas de acolhimentos de questões que, à primeira vista, não parecem pertinentes a esse campo. Mas, o que é saúde? Como vimos ao longo da reflexão que encaminhei, as ações que a promovem não se restringem à promoção do bem-estar físico. O psicológico e social insistem em se manifestar e a nos indicar que o caminho da promoção da saúde exige que eles se articulem intimamente.

Entendo que a configuração do SAD-HSPMSP propiciou não apenas o delineamento de minha inquietação inicial, como também o encaminhamento e conclusões que se apresentam aqui. De fato, ele está na contra-mão do que sustentou, historicamente, a constituição dos hospitais com um espaço social de segregação dos doentes. Ao contrário, essa projeção para o domicílio “inclui”, ao invés de “marginalizar” o idoso frágil no âmbito das ações do Estado dirigidas à saúde da população. Assim, “acolhe” demandas e não afasta a “geração perdida”, fazendo valer o “direito” inalienável do cidadão de ter acesso à informação e às ações que promovem a saúde e bem-estar do segmento etário idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nasceu de uma inquietação relativa ao modo como me vi confrontada com as questões que se me impuseram no atendimento odontológico de sujeitos idosos fragilizados pela doença. Minha prática clínica, no interior de um programa de assistência domiciliar, configurado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, colocou-me diante da complexidade inerente a tais questões: a debilidade (orgânica, cognitiva) que se apresentava como algo, muitas vezes, incontornável para alguns pacientes, se associava a uma dura realidade social, na qual se articulavam dificuldades relativas ao acesso à informação e/ou ao atendimento terapêutico propriamente dito (em várias áreas da saúde). O perfil epidemiológico dessa população (assistida pelo SAD-HSPMSP) indicava a precariedade das condições de sua saúde bucal e, ao mesmo tempo, sinalizavam para a pertinência e a necessidade, para mim, de uma discussão que articulasse os conceitos de saúde e doença com os de velhice e envelhecimento numa ótica que pudesse contemplar o fato de que o corpo humano é habitado por um sujeito. Afinal, eu me encontrava com essa dimensão de corpo.

Por isso, nesta dissertação, investi num aprofundamento teórico em que estiveram em causa autores representativos desse debate-tema (saúde x doença) e seus desdobramentos no campo da Gerontologia Social e da Psicogerontologia. Procurei, nos dois primeiros capítulos, vincular as reflexões encaminhadas com a especificidade das indagações próprias à área da Odontogeriatría. Assim, no terceiro capítulo, explorei as conseqüências de se incluir o sujeito nas representações sobre saúde, doença e velhice, quando abri a escuta para pacientes e cuidadores envolvidos no atendimento domiciliar antes referido. Uma das conseqüências mais importantes, para mim, diz respeito ao reconhecimento da necessidade de aliar ao conhecimento técnico específico do dentista, o manejo de demandas outras que, à primeira vista, não estão em relação direta com o atendimento odontológico, mas que, como

mostrei, jogam um papel decisivo no curso e resultado da intervenção realizada.

Advogo a favor da hipótese de que o conhecimento aprofundado da percepção do velho sobre sua própria condição (e, também a do cuidador) deve constituir um dos pilares (junto com a identificação do perfil epidemiológico da população idosa) a orientar as práticas de saúde dirigidas para esse segmento etário (tanto no âmbito público, quanto privado), incluindo aí a saúde bucal. Promover a saúde é promover a vida, a vida com qualidade. Espero que este trabalho tenha contribuído para colocar ênfase no fato de que, na esfera do ser humano, a vida não se restringe à existência biológica, mas também inclui a dinâmica do jogo entre o subjetivo e o social. A área da Saúde não pode, ao meu ver, caminhar à margem dessa dimensão constitutiva do ser “humano”.

A Odontogeriatrics tem feito um movimento nessa direção, como vimos no capítulo 3. Nesse sentido, o que se tem apresentado como uma grande questão para a área é a ultrapassagem de uma visão tradicional de se ver a cavidade bucal desarticulada do resto do corpo. Entendo, inclusive, que o conceito de “geração perdida” tem na sua base esse olhar reducionista. Superar essa fragmentação tem se traduzido como um novo desafio para essa área. Penso que este trabalho, ao se deixar tocar pelos pressupostos da Gerontologia Social e Psicogerontologia, contribui para esse enfrentamento. Digo isso porque, um dos resultados a que se chegou com a análise dos dados é o de que o investimento nessa geração vale a pena. Isso porque pode-se, nessa perspectiva, esperar como retorno da ação (“integral” e “integrativa”) do dentista, mudanças outras, menos imediatas e mais abrangentes. Afinal, ela propicia, como vimos, uma mudança de posição frente ao problema da marginalização da saúde no funcionamento social quando, por seu efeito, uma população toma consciência concretamente de seus direitos (e, também, de seus deveres para a promoção de sua saúde) e, conseqüentemente, dos deveres do Estado. Essa semente de mudança pode germinar para além do grupo familiar e para além do “aqui e agora” na qual a intervenção foi realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranha VC. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 255-265.

Beauvoir S. Velhice e Biologia. In: A Velhice (trad. Martins MHF), 6 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

Benedetti RB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. In: Ciência & Saúde Coletiva, 12 (6):1683-1690, 2007.

Brasil. *Constituição*: República Federativa do Brasil. Título VIII, Da ordem social, Seção II, Da saúde. Art. 193. Brasília; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final*. Brasília: MS; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003: resultados principais*. Brasília: MS; 2004.

Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 671-681.

Brunetti RF, Montenegro FLB. A Odontologia Geriátrica e o Novo Século. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico*, São Paulo: Artes Médicas: 2002. p. 27-52.

Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Funções do Sistema Mastigatório e sua Importância no Processo Digestivo: In: Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico*, São Paulo: Artes Médicas: 2002. p. 53-60.

Canguilhem G. O normal e o patológico, 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

Concone MHVB. Velhice: uma questão biológica. In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Velhice, Envelhecimento, Complex(idade), São Paulo: Vetor: 2005. p. 131-144.

Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Introdução. In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Velhice, Envelhecimento, Complex(idade), São Paulo: Vetor: 2005.

Dias MHMS. O dentista como parte integrante da equipe interdisciplinar do Serviço de Assistência Domiciliária. Rev Canal Científico [periódico eletrônico] 2005 [citado em 2005/2006 nov/dez/jan]; 5(5). Disponível em: <http://www.editorasantos.com.br>

Dias MHMS. Odontologia Geriátrica: alterações orais na senescência e na senilidade. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 537-546.

Dourado M. A velhice e seus destinos. In: A Terceira Idade, SESC, São Paulo, v.17, nº37, p.7-15, out. 2006.

Silveira-Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. In: Revista Brasileira de Saúde da Família. Campinas: UNICAMP, 2002, p. 36-43.

Foucault M. O nascimento do hospital. In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

Geertz C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: A interpretação das culturas, Rio de Janeiro: Zahar; 1973. p. 13-41.

Gomes FP, Araújo RM. Pesquisa quanti-qualitativa em administração: uma visão holística do objeto em estudo. In: XVI ENANGRAD – Encontro Nacional dos Cursos de Graduação em Administração, 2005, Belo Horizonte – Minas Gerais.

Groisman D. A velhice, normalidade versus patologia. In: História da Ciência da Saúde – Manguinhos, vol. 9, nº 1. Rio de Janeiro. 2002

Jacob Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo-Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo: Atheneu; 1996. p. 440-450.

Leme LEG, Dias MHMS. Serviço de Assistência Domiciliária: objetivos, organização e resultados. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 683-700.

Lier De Vitto, Maria Francisca, Fonseca, Suzana Carielo da, Landi, Rosana. Vez e Voz na Linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. In: Revista Kairós, v. 10, nº1. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, São Paulo: EDUC; 2007. p. 19-34.

Martinelli ML. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras: 1999.

Mello LW. Prevenção em Odontogeriatrics. In: Mello HSA. Odontogeriatrics, São Paulo: Santos: 2005. p. 95-105.

Mercadante EF. Velhice: uma questão biológica. In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Velhice, Envelhecimento, Complex(idade), São Paulo: Vetor: 2005. p. 23-34.

Messy, J. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Editora Aleph. 1992.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade, 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes: 2007. p. 61-67.

Mucida A. O sujeito não envelhece e velhice. Mucida A. In: O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice, 2 ed. 2004. p. 21-56.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2005.

Papaléo-Netto M. Ciência do Envelhecimento. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 29-38.

Papaléo-Netto M. Processo de Envelhecimento e Longevidade. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 03-14.

Papaléo-Netto M. Metodologia Científica em Gerontologia. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 881-9000.

Papaléo-Netto M. Yuaso DR. Interdisciplinaridade em Gerontologia: aspectos conceituais e objetivos. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 149-162.

Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 609-621.

Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 39 -56.

Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde Bucal na Velhice: percepção dos idosos, Goiânia. In: Ciência & Saúde Coletiva, 11(1):191-199, 2006.

Saliba NA et al. Perfil de Cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. In: Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.11, n 21, p. 39-50, jan/abr 2007.

Santana HB, Sena KL. O Idoso e a representação de si. In: A Terceira Idade, SESC, São Paulo, v.14, nº28, p.44-53, set.2003.

Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro., v.15, n.1, p.155-168, jan.-mar. 2008.

Tárzia O. Halitose. 2 ed. Rio de Janeiro: Publicações científicas Ltda: 1996.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Ver. Saúde Pública v.39 n.3 São Paulo jun. 2005 http://www.sielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

Turato ER. Seguindo um fio condutor para a concepção de projetos nas pesquisas qualitativas com o ser humano. In: Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa, 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes: 2003. p. 149-173.

Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra-Jr CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento, Rio de Janeiro: Fiocruz: 2004. p. 25-35.

Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. In; Ciênc. saúde coletiva vol.9 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2004. p. 423-432.

Vieira EB. Manual de Gerontologia- Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares, 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter: 2004.

ANEXO I

1- Sexo

Feminino () Masculino ()

2- Doença sistêmica

Uma () Duas ou mais ()

3- Realização das AVDs

Paciente () Cuidador () Ambos ()

4- Qualidade da higiene bucal

Boa () Aceitável () Precária ()

5- Frequência de edentulismo

Dentado () Edentado ()

6- Tipo de tratamento recebido

Periodontal () Restaurador () Exodontia () Reembasamento ()

7- Via de ingestão de dieta

Oral () Sonda ()

ENTREVISTA

1 - Você está satisfeito com a sua boca neste momento (após a intervenção odontológica)? (dirigida ao próprio paciente)

Você acha que ele está contente com a boca neste momento? (dirigida ao cuidador).

2 – É normal o idoso não ter dentes?

3 - Não ter dentes ou tê-los em estado ruim interfere na vida do paciente? No quê?

4 – Higiene bucal é importante?

5 - O que você acha do atendimento do dentista em casa?

6 - O que mudou após o atendimento do dentista?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E/OU
RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente:			
Documento de identidade nº:	Gênero:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Cidade:	UF:
Telefone:		CEP:	
Nome do Responsável Legal:			
Documento de identidade nº:	Gênero:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Cidade:	UF:
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):			

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do estudo: A Saúde Bucal do Idoso Assistido em Domicílio

Pesquisadora responsável: Mirtes Helena M. S. Dias

Instituição/Clínica: Hospital do Servidor Público Municipal / SAD

Telefone para contato: 92221088

Local da coleta de dados: Domicílio do paciente

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente **voluntária**.

- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: *(Avaliar a percepção do idoso quanto à saúde bucal após a intervenção do dentista, relatada pelo paciente ou cuidador).*

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, de modo a contribuir para que as políticas públicas incluam dentistas nas equipes de saúde que oferecem assistência aos idosos em domicílio; via de consequência, melhorar a saúde bucal e geral dos mesmos.

Riscos. A entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Assinatura do Participante ou Responsável pelo paciente

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)